BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE, CHIRURGICALE
OBSTÉTRICALE ET PHARMACEUTIQUE

FONDÉ PAR
MIQUEL
1831

BULLETIN GÉNÉRAL

CONTINUÉ PAR
DUJARDIN-BEAUMETZ
1873-1895

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE, CHIRURGICALE, OBSTÉTRICALE ET PHARMACEUTIQUE

TOME CENT QUARANTE-CINQUIÈME

PARIS
OCTAVE DOIN, ADMINISTRATEUR-GÉRANT
8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1903



La bile de porc dans la tuberculose pulmonaire. — Un très vieux médicament, le ricin. — Hôpital pour tuberculeux. — Un cathéter de fortune. — Médecins civils et militaires. — Les empoisonnements par les chaussures teintes.

La tuberculose serait-elle favorisée par un défaut de sels biliaires? M. Willis (d'Ilkeston) le croit parce qu'il a eu l'occasion de constater que l'addition de glycocholate ou de taurocholate de soude a pour résultat d'entraver ou même d'arrêter complètement la pullulation des bacilles de Koch sur les milieux qui sont d'habitude propices au développement de ces microorganismes. Il recommande en conséquence de traiter la phtisie au moyen de la bile. Mais comme ce liquide émulsionne et saponifie les graisses dans l'intestin en donnant naissance à de la glycérine, substance particulièrement favorable au bacille de Koch, il faut absolument prohiber tous les corps gras, y compris l'huile de foie de morue. C'est ainsi qu'un homme atteint de tuberculose pulmonaire avancée soumis à l'action de doses considérables de bile de porc (dont la composition chimique se rapprocherait beaucoup, paraît-il, de la bile humaine) et d'un régime exclusivement azoté, ne tarda pas à voir la toux diminuer, l'hyperthermie vespérale s'abaisser, les sueurs nocturnes disparaître et les forces revenir. Ce cas, pour unique qu'il fut, corrobora M. Willis dans la conception du rôle qu'il fait jouer aux sels biliaires d'une part dans l'éclosion et d'autre part dans le traitement de la tuberculose.

⁂

Le ricin est un vieux médicament, très vieux même, dont les parchemins... pardon ! les papyrus remontent au moins à Aménophis Ier, second roi de la XVIIIe dynastie, lequel vivait au XVIe siècle avant notre ère. Or ces ou plutôt ce papyrus connu sous le nom de *Papyrus Ebers*, trouvé à Thèbes, qui était certainement antérieur à cette époque, est une sorte de recueil de recettes extraites de divers documents et classées en ordre méthodique. M. Loret, chargé du cours d'égyptologie à l'Université de Lyon, y a vu que le ricin était sur les bords du Nil, il y a près de quarante siècles, exactement utilisé comme il l'est encore partout de nos jours. On en regardait les graines comme purgatives, on en tirait une préparation pour activer la croissance des cheveux; enfin on s'en servait en guise de liniment pour adoucir les souffrances causées par certaines affections cutanées et pour en hâter la guérison.

⁂

La Société médicale des hôpitaux a adopté à l'unanimité le vœu suivant :

La Société médicale des hôpitaux, considérant que la cause principale de l'encombrement dans les hôpitaux de Paris est la présence, dans les services de médecine, d'un nombre considérable de tuberculeux chroniques, dont le séjour se prolonge indéfiniment au détriment de l'hygiène générale et avec de grands risques de contagion pour les autres malades, émet le vœu :

Que l'Assistance publique crée immédiatement, sur un des terrains qui lui appartiennent, un hôpital économique construit aussi rapidement que possible, pour 5 ou 600 lits au moins, répartis en pavillons à rez-de-chaussée, analogues à ceux de l'hôpital Broussais; cet hôpital ne fera pas d'admissions directes; il sera réservé aux tuberculeux qui lui seront adressés des autres hôpitaux, par voie d'évacuation, sur certificat des chefs de service.

⁂

Appelé loin de chez lui pour une malade atteinte de rétention d'urine et dont la vessie remontait jusqu'à l'ombilic, M. Julien (de Tourcoing), qui avait oublié sa trousse, se trouvait fort embarrassé, dit-il dans l'*Echo médical du Nord*, 2 novembre 1902, quand il songea à utiliser comme cathéter le tuyau d'une pipe en terre.

Cinq minutes d'ébullition pour l'asepsie. Le léger renflement de l'extrémité du tuyau facilite l'introduction dans la vessie.

L'urine s'écoule : un bol, deux bols, trois bols, 1.500 grammes. Et en même temps que le ventre se dégonfle, la malade, rayonnante, se confond en remerciements. Et le mari se joint à elle, joyeux; puis, subitement devenu goguenard, comme le paysan dont la vache vient de terminer heureusement un accouchement laborieux : « Sans compter, s'écrie-t-il, que la pipe ne sera seulement pas perdue, car je suis un sacré fumeur, et peut-être « bien que celle-là sera plus facile à culotter! »

⁂

Un conflit très curieux, lisons-nous dans le *Journal de médecine de Paris* du 26 octobre 1902, vient de se produire entre la Société des médecins de Metz et le docteur Herzer, médecin en chef du 16e corps d'armée. On sait que depuis l'organisation des garnisons allemandes de Metz et des alentours, le typhus existe dans la vieille cité à l'état endémique et y cause de nombreux ravages.

Le Dr Herzer, dans un rapport confidentiel récemment adressé au conseil général d'hygiène de l'armée, aurait accusé les médecins civils de favoriser le typhus dans un but de lucre, c'est-à-dire dans des conditions indélicates.

La Société civile des médecins de Metz, justement émue d'une telle accusation a protesté immédiatement par une lettre ouverte et a mis en demeure le docteur Herzer de prouver cette accusation par des faits et par des noms.

Le médecin militaire cita alors quelques faits tout à fait isolés, dans lesquels certains médecins civils ne se seraient pas conformés à la déclaration obligatoire de l'épidémie, mais il ne put fournir la preuve que ces médecins eussent agi dans un but intéressé. Nouvelle mise en demeure des médecins civils d'avoir à préciser les accusations, ou à les retirer avant le 15 octobre.

Le Dr Herzer répond à cet *ultimatum* qu'il refuse de modifier ses appréciations; il se retranche, au surplus, derrière le secret professionnel.

A la suite de ce refus, les médecins civils vont porter l'affaire devant les tribunaux, malgré les efforts que font l'administration militaire et le gouvernement pour l'étouffer.

°°°

Dans une de ses dernières séances, le conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, sur la proposition de M. Armand Gautier, a adopté le projet de vœu suivant :

« Le Conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Seine, après discussion du rapport de M. Riche sur l'emploi des couleurs à base d'aniline pour teindre les chaussures, émet l'avis :

« Qu'il y a lieu d'interdire la vente des teintures pour chaussures dans lesquelles existe de l'aniline ou de la toluidine à l'état libre. »

Le Conseil a encore émis le vœu que le Laboratoire de chimie soit invité à analyser les principales teintures noires vendues à Paris, en particulier applicables aux chaussures, et d'en indiquer la composition, notamment la teneur en aniline et en toluidine libres.

HYDROLOGIE

Médication thermale sulfureuse dans la syphilis. Cures thermales *post-hydrargyriques*. Cures hydrargyriques *post-thermales*,

par le Dr Dresch, d'Ax.

Comme résultat d'une expérience de plus d'un quart de siècle dans la médecine thermale, comme conclusions des diverses communications déjà faites (1), soit dans les journaux et revues, soit au Congrès d'hydrologie de Liège, où une intéressante discussion intervint, soit au Congrès de médecine de Toulouse, je crois pouvoir avancer les propositions suivantes :

Ainsi que toutes les maladies chroniques, qu'on est convenu d'appeler diathésiques ou dyscrasiques, la syphilis réclame des cures thermales répétées, en dehors des indications particulières à certaines modalités, soit que celles-ci résultent d'une évolution anormale du cycle morbide, soit qu'elles proviennent d'une combinaison ou d'une association d'autres éléments diathésiques.

---

(1) *De l'emploi des eaux sulfureuses dans le traitement normal de la syphilis*. Paris, 1893 (Récompensé par l'Académie de médecine). — *Des cures intercalaires de la syphilis aux eaux sulfureuses*. Liège, 1898 (Récompensé par l'Académie de médecine). — *Cures thermales sulfureuses dans la syphilis*. Congrès de médecine de Toulouse, 1902. — *Clinique thermale d'Ax* (1er fascicule. J.-B. Baillière, 1902). — *Ax Thermal*, 1889-1902, *passim*.

De nombreuses stations, à minéralisations diverses, peuvent attirer à elles, avec des avantages spéciaux à ces stations autant qu'aux manifestations, de nombreux syphilitiques. Ce fait trouve surtout sa raison d'être autant dans les localisations que dans la nature même des manifestations, ce qui constitue justement ce que nous venons d'appeler l'association des diathèses.

Dans le traitement régulier d'une syphilis à peu près normale et méthodiquement traitée, il faut reconnaître, cependant, que les eaux sulfureuses donnent un ensemble d'actions électives, qui doit déterminer leur choix. A vrai dire, aucune station ne possède de vertus supérieures, susceptibles de les faire choisir avant les autres. Ainsi que le dit Gibert, si Luchon — comme Aix-la-Chapelle ou Uriage — semblent avoir une suprématie dans le traitement hydrominéral de la syphilis, cela est dû plutôt aux observations recueillies et publiées dans ces stations, qu'à une réelle supériorité. Le professeur Faivre, de Poitiers, médecin consultant à Luchon, dans sa communication de Liège, *Humage et Syphilis*, réclame en faveur de Luchon pour les affections qui nécessitent le humage, mais il reconnaît que pour le traitement de la syphilis, en elle-même, le choix doit rester *ad libitum*.

Dans cette question si importante de pratique hydrothermale, il ne s'agit pas de citer des observations de syphilis, plus ou moins malignes et à localisations particulièrement graves ou simplement pénibles où l'on a, plus ou moins, remporté un succès, en combinant à la cure thermale le traitement hydrargyrique le plus actif, quant à la forme, en même temps que le plus intensif quant à la dose. Le mérite est mince. Il s'agit de bien se pénétrer de cette idée que des quantités de syphilis, régulièrement traitées par Hg et

annuellement envoyées aux eaux sulfureuses n'ont pas eu, par la suite, d'accidents graves.

Si l'on ajoute que le tertiarisme devient bien plus rare, plus tardif ou plus bénin, simplement périphérique, on est en droit de ranger ces syphilis ainsi traitées dans la catégorie des *levissima*. Si de pareilles syphilis n'ont pas d'histoires, je me crois le droit de reporter l'honneur de cette absence d'incidents aux cures hydrargyriques auxquelles des traitement sulfureux *intercalaires* ont donné plus d'activité, avec plus d'innocuité. Certes, les cures thermales sulfureuses surajoutées arrivent bien à triompher de syphilis malignes que Hg, pris isolément, restait impuissant à guérir. Mais ne vaut-il pas mieux réduire le nombre de ces cures héroïques dont la guériosn ne va pas, d'ailleurs, sans quelque reliquat plus ou moins pénible ou disgracieux ? Ne vaut-il pas mieux, puisqu'on le peut, agir, préventivement sur la marche ascendante de la diathèse?

Je prétends que le traitement sulfureux doit être prescrit, pour le plus grand bénéfice du malade, et sans autre motif que l'élément protopathique, véritable *primum movens*, dès que la première série du traitement hydrargyrique est intervenu ou dès que le malade n'est plus en état de continuer. Cette manière d'opérer, en plus qu'elle ne présente aucun inconvénient, si la cure thermale est correctement menée, permet de se passer, dans l'immense majorité des cas, du traitement aussi hybride que peu rationnel, hydrothermal et spécifique, contraire d'ailleurs à toutes les données de la pure doctrine de la médecine thermale. Si la nécessité de ce traitement combiné s'impose, tenez pour certain que le traitement spécifique, en plus qu'il a été insuffisant, d'une manière quelconque, n'a pas été appuyé par les cures thermales que je réclame, parce qu'on a

presque toujours le grand tort de considérer celles-ci simplement comme *ultima ratio*.

Pour que le traitement sulfureux donne tous les avantages que je lui reconnais, il ne faut pas, naturellement, attendre d'avoir la main forcée par la ténacité, la gravité ou la malignité même des accidents. On triomphe encore, en pareilles circonstances, mais le patient risque toujours de faire les frais de la cure en conservant quelque tare, quelque stigmate indélébile. L'aphorisme *principiis obsta* doit s'appliquer en matière de syphilis comme en tout autre chapitre de nosologie.

La pratique que je conseille est très simple. La cure thermale reste ce qu'elle doit être, thermale et *intercalaire*, étant *post-hydrargyrique*. Cette cure *intercalaire* a une action favorable sur le malade; en outre elle élimine le mercure et, point sur lequel on n'insiste pas assez, elle redonne au mercure une activité dont il y a lieu de tenir compte. Ce n'est pas tout; grâce à l'excitation qu'elle opère sur nos éléments glandulaires, sur nos plasmas, sur la plupart de nos cellules, elle agit sinon sur l'agent pathogène, du moins sur ses toxines. Si les effets curatifs ne doivent pas être attribués directement au soufre, celui-ci, relevant la nutrition et la minéralisation toujours défaillantes dans la syphilis, exalte tout nos moyens d'auto-défense qui n'est autre chose que ce que les anciens appelaient *natura medicatrix*.

On sait que le traitement sulfureux opère au plus profond de notre organisme, un véritable décapage. L'élimination *complète* de Hg se produit pour le plus grand bénéfice du patient, car ce mercure immobilisé et insoluble n'est plus pour le vérolé qu'une sauvegarde très problématique. Cette réserve métallique était d'ailleurs un obstacle aux imprégnations nouvelles indispensables. Cette élimination se tra-

duit souvent par des phénomènes, quelquefois assez vifs, d'hydrargyrisme. On en a cité des exemples remarquables. J'en ai moi-même observé et publié des cas qui ne laissent aucun doute. Tous les hydrologues et la plupart des syphiligraphes sont d'accord sur ce point. Le Dr Jullien, de Saint-Lazare, est tellement convaincu de cette démercuralisation qui s'exerce par les eaux sulfureuses, qu'il exige qu'on ne sèvre pas son malade de mercure pendant la cure thermale, afin qu'il ne soit pas, même un instant, privé de l'unique agent inhibiteur de la vérole. C'est une crainte parfaitement chimérique, car le mouvement *exodique* qui se produit pour le mercure, redonne au mercure une activité tout au moins momentanée, d'ailleurs suffisante pour l'instant. Il se meut, donc il agit.

Le Dr Jullien ne compte pas assez sur l'auto-défense qui s'exerce, au maximum, pendant la cure thermale. La chimie explique bien la neutralisation du mercure de même que son élimination sous l'action de l'eau sulfureuse. Mais les phénomènes d'hydrargyrisme qui se manifestent et trahissent la sortie du poison, sont, pour une bonne part, des phénomènes de réaction organique.

C'est, en un mot, une des modalités de la *poussée thermale* dont le syndrome peut être varié avec un processus toujours le même. La cure thermale pousse à l'élimination de ce qui se trouve en nous, qui ne devrait pas y être, ou se trouve en excès. Cette fois, c'est le mercure. Il peut même arriver que la poussée revête le caractère *syphilitique*, simplement parce qu'il y avait de la vérole dans les matériaux à mettre dehors. C'est à cause de ce fait qu'on a voulu, pendant longtemps, considérer la médication sulfureuse comme pierre de touche de la guérison, ce qui n'était qu'un leurre; pour obtenir cette action *révélatrice*, on poussait beaucoup

trop l'hypersulfuration, ce qui était un danger qu'on s'est d'ailleurs empressé de mettre sur le compte d'une médication qui n'en pouvait mais. Ce que la cure thermale a révélé beaucoup plus souvent c'est l'insuffisance des traitements antérieurement employés et aussi l'utilité, sinon la nécessité, de la cure hydrargyrique *post-thermale*. Celle-ci donne dans les accidents trop rebelles ou trop récidivants des effets majeurs vraiment concluants.

On ne saurait trop proclamer la supériorité de ces effets, ainsi sériés, sur ceux que l'on cherche à obtenir par la cure thermale combinée au traitement mercuriel, en dehors de toute indication congruente. Le grand argument que le malade supporte alors le mercure admirablement, m'inspire une méfiance extrême sur les actions profondes et soutenues que nous attendons. Avec le choix des moyens dont nous disposons, qu'on nous a, tout récemment encore, au Congrès de Toulouse, appris à manier à des doses inconnues jusqu'ici (1), nous devons faire supporter à nos clients l'hydrargyrisme qui leur est nécessaire.

Ne croyez pas que parce que votre client, durant sa cure thermale, va supporter des doses énormes, même excessives de mercure, il va d'autant mieux venir à bout de sa vérole. Nous savons tous qu'aux eaux sulfureuses, l'absorption de Hg n'est pas régulière. Une partie, la plus importante sans doute, est neutralisée *in situ*, le reste, ou peu s'en faut, est éliminé d'une façon trop rapide pour produire un effet quelque peu suffisant. Pour que Hg conserve l'effet inhibitoire qu'il possède, seul, sur le virus, il faut qu'il imprègne vraiment notre organisme, qu'il ait avec nos éléments cellulaires, nos milieux intérieurs, un contact assez

(1) Lire, en particulier, les communications des Drs Lemoyne et Leredde

prolongé, indéfini même, ainsi que le veulent les syphiligraphes. L'innocuité que prête au mercure sa combinaison avec l'eau sulfureuse, est la meilleure preuve de son inertie.

La pratique du traitement hybride sera toujours exceptionnelle et devra faire l'objet d'une sélection sévère. Ce faisant, vous ne vous priverez pas de la merveilleuse activité de la cure hydrargyrique *post-thermale*. Quand, en effet, chez un syphilitique correctement traité, au préalable, par le mercure, les accidents persistent ou récidivent, si la cure thermale sulfureuse, *isolée*, n'est pas venue à bout des manifestations, redonnez le mercure au retour des eaux, alors il agit à souhait. On assiste à un véritable effondrement des manifestations diathésiques ; c'est la clôture d'une période d'activité qui désolait malade et médecin. Appliquée, à titre préventif, dans toutes les syphilis, c'est la vraie méthode pour obtenir ce qu'on appelait autrefois la cure d'extinction.

Je termine par une observation de vieille pratique thermale qui a son importance. Lorsque chez un ancien syphilitique qui ne songe plus à ses antécédents spécifiques, et qui vient aux eaux soigner toute autre chose que des incidents syphilitiques, la cure thermale n'a pas donné les résultats bienfaisants habituels, la cure hydrargyrique *post-thermale* amènera souvent des effets complémentaires très appréciables. *Naturam morborum curationes ostendunt.* On se trouvait en présence d'états bâtards relevant d'une combinaison de diathèses, nécessitant naturellement une association de traitement.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

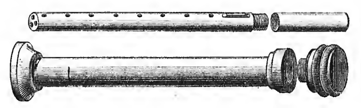
SÉANCE DU 10 DÉCEMBRE 1902

Présentations.

Sur un procédé facile pour assurer l'antisepsie du thermomètre dans la pratique médicale,

Note de M. le Dr Stini, de Septmoncel, présentée par M. Bardet.

Le petit dispositif que voici construit par M. Adnet, a pour but de permettre au praticien d'antiseptiser sûrement les thermo-



mètres médicaux et d'éviter ainsi les accidents qui ont été malheureusement plus d'une fois observés.

Cet appareil est un tube métallique avec support, fermant hermétiquement au moyen d'une vis : le tube est rempli d'une solution antiseptique (je me sers d'une solution à 1 p. 100 de phénosalyl, mais on peut utiliser la formule que l'on préférera). Dans cette solution plonge le thermomètre qui est contenu lui-même dans un étui métallique troué au-dessus et latéralement, de manière à laisser pénétrer librement la solution antiseptique.

Il suffit de changer chaque jour la solution pour être assuré d'avoir toujours à sa disposition un instrument désinfecté.

Discussion.

(Fixation de la ration alimentaire.)

I. — *La ration d'entretien chez les enfants dyspeptiques et le besoin d'albumine en général,*

par M. BARBIER.

(Résumé.)

Il est extrêmement difficile aujourd'hui encore de déterminer la quantité d'aliment nécessaire. L'observation des régimes qui suffisent à telle ou telle race nous montre des différences qui vont de 50 grammes d'albumine par jour pour l'Abyssin, par exemple, à 118 grammes et même davantage pour l'Allemand du Nord. En somme l'utilisation alimentaire dépend de certaines conditions les mêmes pour tous ou propres à chaque individu. Les premières sont : l'intégrité de la digestion, l'intégrité de l'absorption, l'intégrité du foie et des glandes digestives, l'intégrité fonctionnelle des cellules de l'organisme. Pour les seconds il faut tenir compte de l'âge, du sexe, de la taille, du poids, etc., qui varient avec chaque individu.

Il n'en reste pas moins vrai que, d'une manière générale, la question telle que l'a posée M. Bardet pour les dyspepsies est pleine d'intérêt, et que la diminution de l'alimentation peut être de bonne thérapeutique dans certaines d'entre elles.

Chez les enfants, les conséquences de l'abus alimentaire s'observent chaque jour : cet abus aboutit aux troubles généraux de la santé, et aux accidents intestinaux que nous observons tous les jours. Voilà un premier fait d'observation courante. Un autre non moins remarquable est la difficulté qu'on a de recommencer l'alimentation chez les enfants souffrant de leur tube digestif, et la rapidité avec laquelle on atteint avec des doses minimes d'aliments, et même on *dépasse* la tolérance digestive.

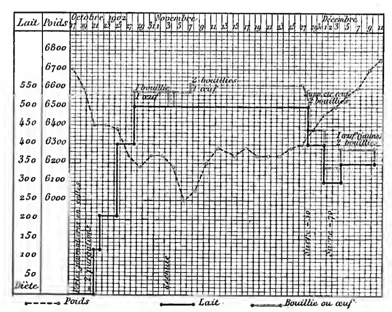
Pour se guider dans une appréciation aussi délicate il faut analyser chez le malade les conditions suivantes :

1° L'*état des fonctions digestives*, dont l'examen des selles peut donner une idée;

2° L'*état d'intoxication* dont il est atteint, qu'on peut apprécier par l'étude des phénomènes généraux.

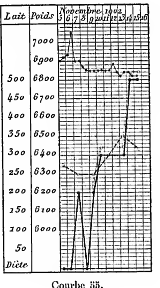
3° L'*existence ou non d'infections secondaires*, qui nécessitent des actes de dépenses;

4° Enfin les *variations du poids* de l'enfant. Mais l'étude de celles-ci est inséparable de celles des conditions précédentes, sans quoi on s'expose à des errements graves, *du moins dans la période toxique*. Dans ce cas on remarque que la diète est parfaitement tolérée et amène à peine un abaissement de poids (courbe 55), tandis qu'au contraire celui-ci baisse si on donne une alimentation trop abondante; on s'élève au contraire quand on la dimi-



Courbe 39.

nue. La ration, dans ces cas, qui permet une augmentation de poids est souvent fort minime, et toujours inférieure à celle qui serait nécessaire à un enfant du même âge et de même poids (courbes 39, 55, 69).



Courbe 55.

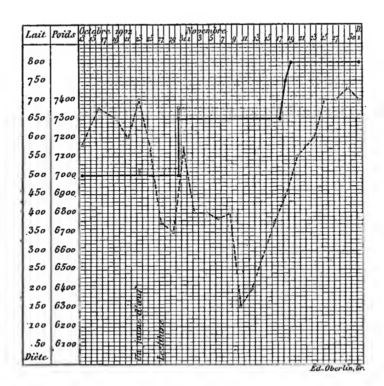
Faut-il maintenant appliquer ces faits à l'alimentation de l'homme sain, et dont on rationne sa ration albumineuse? A cet égard la physiologie nous apprend que l'organisme possède une tolérance de destruction albumineuse assez large et qu'il met en jeu un mécanisme particulier pour établir l'équilibre azoté. On peut donc laisser ici une latitude plus grande, n'allant pas naturellement jusqu'à l'abus, surtout che les sujets citadins ou autres ayant à lutter contre des *infections* sans cesse renouvelées, et chez les convalescents ou malades faisant comme les tuberculeux, des pertes en Az plus grandes qu'à l'état normal.

Le seul calcul par calories du besoin alimentaire ne peut pas conduire à une formule d'alimentation complète et parfaite. L'expérience nous montre l'utilité indispensable de l'*alimentation minérale*. Raulin pour le Zn, G. Bertrand pour le Mn, Dastre et Florenco pour le Fe, nous ont montré le rôle que joue tel minéral dans le développement d'un champignon, dans l'efficacité d'action des *oxydases* végétales ou hépatiques.

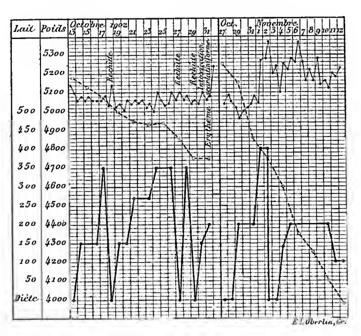
Il y a de plus ce fait, c'est que la matière alimentaire ne peut être utilisée que sous une *forme physico-chimique* particulière. On

peut nourrir des souris avec du lait, on ne le peut pas avec les parties constituantes de ce lait données à l'état de corps chimiques purs.

En somme nous ne pouvons pas encore établir théoriquement une formule alimentaire qui donne les résultats que l'alimentation empirique fournit, mais nous pouvons établir des moyennes, pour la ration journalière. Pour l'homme adulte, cette moyenne approche de 1 gramme d'albumine et de 40 à 45 calories par kilo-



Courbe 69.



Courbe 38.

gramme. Chez l'enfant elle approche de 2 gr. 50 d'albumine et de 80 calories, encore ces chiffres sont-ils à vérifier tant ils semblent élevés. Les convalescents se rapprochent des enfants à ce point de vue.

II. — *De la variabilité de la ration d'entretien*,

par G. Linossier (de Vichy) (1).

Les observations, que nous a exposées M. Bardet, sont intéressantes en ce qu'elles nous montrent que certains dyspeptiques

(1) Résumé de la communication publiée *in extenso in Bulletin de la Société de thérapeutique*, 1902, p. 649.

peuvent suffire à l'entretien de leur organisme avec une quantité d'aliments bien moindre que celle qui est considérée généralement comme le minimum indispensable. On peut donc, en réduisant leur alimentation donner un repos relatif aux organes digestifs de tels malades, sans être hanté par la terreur de la dénutrition possible.

Je suis tout à fait de l'avis de M. Bardet sur ce point, et je suis persuadé que beaucoup de sujets peuvent vivre en bon état de santé avec une ration alimentaire sensiblement inférieure à ce que les physiologistes considèrent comme la ration d'entretien.

Maurel, en 1881, a pu maintenir dans leur poids des convalescents de dysenterie avec deux litres et demi de lait par jour, soit 31 calories environ par kilogramme.

Un de nos confrères, le Dr Pascault de Villerville, vit depuis des années, dans un bon état de santé et d'activité avec une ration de 27 calories et de 0 gr. 70 d'albumine par kilogramme et par jour. Les membres de sa famille s'astreignent au même régime avec le même succès.

M. Pascault rapporte plusieurs observations analogues à la sienne. Une d'elles concerne une femme de 54 ans, qui suit depuis un an un régime correspondant à 12, 20 calories et à 0 gr. 40 d'albumine par kilogramme. Avec ce régime très restreint, elle maintient son poids, tout en menant une vie assez active.

Il est des vieillards qui ne s'entretiennent dans un état de santé satisfaisant qu'à la condition de réduire à l'extrême leur alimentation; on est parfois stupéfait de la quantité exceptionnellement faible d'aliments avec laquelle certains hystériques maintiennent leur poids corporel; mais c'est surtout chez les obèses et les diabétiques que l'on peut faire, à ce point de vue, des observations frappantes.

Quand on prescrit à un obèse, qu'on veut faire maigrir, une ration réputée insuffisante, il arrive le plus souvent qu'après une période d'amaigrissement plus ou moins rapide, le sujet s'accommode à son alimentation restreinte, et cesse de maigrir, bien que,

théoriquement, il se trouve en état d'inanition relative. D'ailleurs, s'il est des obèses gros mangeurs, il en est qui se sont d'eux-mêmes restreints à un régime si strict, que l'on éprouve quelque hésitation à le réduire encore. Et, malgré cela, ils engraissent toujours!

Chez les diabétiques, la ration d'entretien peut s'abaisser dans des proportions incroyables, et je crois fermement, avec Maurel, que la prescription la plus importante à spécifier à la plupart des diabétiques gras est la restriction d'une alimentation presque toujours surabondante (1).

Renzi a constaté que des diabétiques, momentanément guéris de leur glycosurie, pouvaient augmenter de poids avec une ration inférieure à 12 calories par kilogramme et par jour. Chez des diabétiques éliminant du sucre, on constate des chiffres encore plus extraordinaires.

Résulte-t-il des faits que je viens de citer, que la ration d'entretien doive être abaissée pour tous les sujets jusqu'à ces chiffres minimum? Évidemment non.

Les sujets, dont il vient d'être question, sont tous, à des titres divers, des individus à nutrition lente, vieillards dont l'activité vitale tend à s'éteindre; hystériques dont le système nerveux, régulateur des combustions intraorganiques, est insuffisant à sa tâche, et enfin arthritiques que Bouchard, nous a appris à considérer comme caractérisés, au point de vue de la physiologie pathologie, par l'anormal ralentissement de leur nutrition.

On comprend sans peine que la quantité d'aliments strictement suffisante pour ces ralentis de la nutrition, ne puisse réaliser la ration d'entretien d'un sujet normal.

L'expérience directe le prouve d'ailleurs. Les jeûneurs Cetti et Succi, dans l'état d'inanition absolue et de repos complet, empruntaient à l'usure de leur propre substance, le premier 36 calories par kilogramme, au dixième jour de son jeûne, le second

---

(1) Linossier. Quelques remarques sur le régime des diabétiques. *Journal des Praticiens*, 14 juin 1902.

34 calories au vingt-neuvième jour. Ces chiffres, recueillis dans des conditions où il n'est guère possible d'admettre du gaspillage, témoignent de besoins incomparablement plus élevés que ceux des divers sujets cités plus haut.

Si un sujet normal ne peut se contenter de la ration restreinte qui suffit à un ralenti de la nutrition, *à fortiori* en sera-t-il de même pour les accélérés de la nutrition, car il en est, et Albert Robin nous en a montré le type le plus frappant dans les tuberculeux héréditaires.

Tandis que les artbritiques économisent à l'excès, les tuberculeux gaspillent ; les premiers brûlent les aliments à la manière d'un foyer fumeux, les seconds comme un feu flambant. Vouloir imposer à ces derniers l'alimentation restreinte que l'expérience nous montre suffisante pour les premiers, c'est vouloir obtenir la même chaleur utile en brûlant la même quantité de combustible dans un poêle à combustion lente et dans une cheminée ordinaire.

Aussi, tandis que la suralimentation est toujours fatale aux arthritiques, la voyons-nous souvent favorable aux tuberculeux, et cela parce que la prétendue suralimentation de ces derniers n'est souvent qu'une alimentation réparatrice de combustions excessives.

Comme conclusion, la ration d'entretien d'un sujet quelconque ne peut être établi qu'après une étude individuelle des besoins de son organisme. Les éléments de cette étude seront, entre les variations du poids corporel sous l'influence de régimes variés, l'examen des antécédents héréditaires. Il n'y a pas, comme l'admettent les physiologistes, de ration d'entretien *normale*, on ne peut fixer qu'une ration d'entretien *moyenne*.



La détermination de la ration d'entretien moyenne est elle-même entourée de difficultés presque insurmontables. Les indications de l'appétit ne sauraient, quoi qu'en dise M. Dignat, nous

renseigner sur les besoins de l'organisme. Elles sont faussées par la confusion impossible à éviter entre la manifestation d'un besoin réel de réparation et l'appétence pour un aliment savoureux.

Je ne suis pas non plus de l'avis de M. Barbier, quand il nous dit que l'étude de l'alimentation d'un groupe important d'individus, choisissant librement leurs aliments, et vivant dans de bonnes conditions de santé apparente, peut permettre de fixer pour le mieux la ration alimentaire moyenne, la plus favorable au bon fonctionnement de l'organisme. Je n'ai qu'une confiance très limitée en un procédé d'études, qui suppose à une collectivité une sagesse et une modération que nous ne constatons guère chez les membres de cette collectivité pris isolément. En fait, si nous étudions comparativement, comme le conseille M. Barbier, l'alimentation de quelques groupes homogènes d'individus, nous voyons que la richesse de l'alimentation augmente, non avec les besoins réels, c'est-à-dire avec l'activité physique, mais avec le bien-être et le luxe.

Aussi suis-je très disposé à admettre que, du moins dans la classe aisée de la population, qui est en même temps, il ne faut pas l'oublier, physiquement la moins active, il existe une tendance générale à la suralimentation en quantité, et à la suralimentation albuminoïde en particulier.

Je ne veux pas insister sur les méfaits de cette double suralimentation. Tout le monde est d'accord pour les admettre; où il est alors difficile de s'entendre, c'est quand il s'agit de savoir où commence la suralimentation.

Commence-t-elle dès que la ration d'entretien est dépensée? Dans ce cas, il résulte de ce qui précède, que nous nous suralimentons tous. Mais rien ne nous autorise à affirmer que la ration *minimum* est en même temps la ration *optimun*. Il se peut que, dans un excès modéré de nourriture, l'homme puise une vigueur plus grande, une résistance plus marquée aux infections. Cette hypothèse est très plausible, et il faudrait peut-être étudier, à

côté de la *ration d'entretien* de l'adulte, de la *ration d'accroissement* de l'enfant, la *ration de résistance.*



Ce que j'ai dit de la nécessité d'individualiser la ration d'entretien s'applique aussi bien aux malades qu'aux gens sains. Il n'y a pas de régime de telle ou telle maladie indépendant du terrain sur lequel elle se développe. Il n'y a pas de régime de la tuberculose, de la neurasthénie, du diabète. Il y a un régime à étudier chez chaque tuberculeux, neurasthénique ou diabétique, et ces régimes peuvent être très différents chez des malades classés sous la même étiquette nosologique.

C'est ainsi que, chez l'arthritique devenu tuberculeux, la suralimentation, qui donne quelques succès chez les tuberculeux héréditaires, peut devenir dangereuse. Je demande la permission de rapporter à cet égard une observation très instructive.

Il s'agit d'une jeune fille, dont j'ai soigné la grand'mère pour goutte articulaire, la mère pour des coliques hépatiques, la sœur pour un ictère. Elle-même devenait parfois un peu jaune, se plaignait de quelques douleurs rhumatismales et de troubles digestifs fréquents.

A quinze ans, en février 1901, à la suite d'une broncho-pneumonie grave, elle est atteinte de tuberculose du sommet droit. Plusieurs médecins consultés insistent sur la nécessité de la suralimentation et en particulier de la suralimentation azotée (viande crue, œufs crus, etc.). La jeune fille suit ce régime jusqu'en septembre 1902; et, sous son influence, voit son poids corporel s'abaisser progressivement de 47 kg. 700 à 40 kilogrammes. En même temps, elle se plaint d'indigestions fréquentes; l'état général est mauvais.

Devant cet insuccès, la jeune malade abandonne tout régime spécial; elle renonce à la viande crue, au suc et à la poudre de viande, aux œufs crus, etc., elle mange à sa faim; quitte sa chaise longue et fait de l'exercice avec modération. Immédiate-

ment le poids se relève; il atteint 44 kg. 450; au début de novembre, on constate une atténuation remarquable des phénomènes locaux.

Je termine par cet exemple frappant de la nécessité d'individualiser le régime, aussi bien chez les malades que chez les gens sains. La jeune fille dont je viens de rapporter l'intéressante observation était, même en puissance de tuberculose, une arthritique et devait être traitée comme telle.

III. — *De l'importance de la réalimentation suffisante chez les dyspeptiques*,

par M. ALBERT MATHIEU.

Les faits communiqués par M. Bardet à l'avant-dernière séance démontrent que certaines personnes peuvent s'accommoder d'un régime restreint, sûrement insuffisant pour d'autres sujets de même âge, de même poids et d'occupations analogues. Ils démontrent aussi, une fois de plus, qu'un dyspeptique peut regagner en poids avec un régime alimentaire réduit, moins considérable que son régime antérieur, mais si bien adapté à l'état pathologique de son appareil digestif, qu'il cesse de souffrir et que les fonctions motrices de son estomac s'accomplissent mieux. Il vaut mieux, en effet, manger peu et bien utiliser ce qu'on ingère, que manger beaucoup et mal l'utiliser. Il vaut beaucoup mieux ne pas souffrir, au point de vue de l'utilisation de sa ration alimentaire, car la douleur est une cause de fatigue et d'usure plus grande.

Il est à remarquer, du reste, que les sujets dont a parlé M. Bardet, étaient depuis longtemps soumis à une alimentation restreinte. Or, von Noorden a montré que les personnes soumises à un régime inférieur aux moyennes normales, peuvent s'y accoutumer et restreindre leurs dépenses. Toutefois, ainsi que le démontre l'observation de certaines populations pauvres d'Allemagne faite par von Rechenberg, cette insuffisance prolongée de

l'alimentation, aurait une influence nocive sur la race, qui, dans ces conditions, ne tarderait pas à dégénérer (1).

Si de faits semblables on voulait tirer la conclusion qu'il y a lieu de diminuer la ration alimentaire de tous les dyspeptiques, qu'ils souffrent ou non, je ne saurais trop vivement m'élever contre cette conception au nom de la clinique. L'observation m'a démontré que beaucoup de dyspeptiques ne guérissent, ne s'améliorent tout au moins, que si on augmente suffisamment leur ration alimentaire pour qu'ils cessent de maigrir et pour qu'ils gagnent en poids. Je prépare, du reste, avec l'aide de mon ancien élève et collaborateur, M. J.-Ch. Roux, un mémoire sur les conséquences nuisibles et aggravantes de l'alimentation insuffisante chez les dyspeptiques, dans lequel nous démontrerons, à l'aide d'un nombre considérable d'observations, combien il est important, dans un grand nombre de cas, de ramener l'alimentation des dyspeptiques à un taux suffisant.

Les méfaits de l'inanition relative chez les dyspeptiques sont des plus variés, que l'insuffisance de l'alimentation résulte de ce que les malades ne *veulent* pas ou qu'elle résulte de ce qu'ils ne *peuvent pas* manger assez. Les malades s'amaigrissent, perdent leurs forces et s'inquiètent. L'appétit ne tarde souvent pas à disparaître, et il n'est pas rare que la perversion de la faim vienne contribuer à les empêcher de s'alimenter convenablement; tantôt la faim est remplacée par une sensation de nausée paroxystique, tantôt elle provoque des sensations douloureuses. Sous l'influence de l'alimentation insuffisante, le nervosisme s'accentue, les douleurs deviennent plus accusées; l'évacuation de l'estomac se fait plus lentement, et la stase à son tour devient une cause de sensations dyspeptiques. Plus les malades souffrent, moins ils mangent; moins ils mangent plus ils souffrent. A ce cercle vicieux principal viennent se superposer des cercles vicieux

(1) Von Noorden. *Pathologie des Stoffwechsels.*
Von Rechenberg. *Alimentation des tisseurs dans le district de Zittau.* Leipzig, 1890.

secondaires. Si la ration alimentaire reste insuffisante, surtout si elle est de nature à exciter les phénomènes douloureux de l'estomac, la situation devient inextricable : il est impossible d'en sortir. On ne peut y arriver qu'en prescrivant aux malades une ration alimentaire suffisante pour arrêter leur dénutrition, remonter leurs forces et enrayer la névropathie.

C'est à l'enseignement de mon maître le professeur Debove que je dois cette notion de l'influence aggravante de l'alimentation insuffisante sur les états dyspeptiques; je la considère comme fondamentale.

M. Debove appliquait à peu près indistinctement sa méthode du gavage à la poudre de viande à tous les cas de dyspepsie lorsqu'il y avait eu amaigrissement marqué, et il faut reconnaître que beaucoup de malades s'en trouvaient bien.

Depuis que j'ai cessé d'être l'élève direct de M. Debove, cette question n'a pas cessé de me préoccuper.

Cette préoccupation m'a amené à étudier de plus près l'ensemble des phénomènes attribuables à l'inanition relative. Permettez-moi de vous rappeler à ce propos un travail communiqué à la Société médicale des hôpitaux, sous le titre de Perversions de la faim (1).

Permettez-moi aussi de vous rappeler que M. Laboulais et moi nous avons fait connaître ici les bons résultats obtenus par le tubage évacuateur suivi du gavage à la poudre de viande chez les malades atteints de la forme légère du syndrome de Reichmann. Depuis, M. Laboulais a consacré sa thèse inaugurale à ce même sujet (2); vous y trouverez rapportés un grand nombre de cas dans lesquels le tubo-gavage a eu des résultats très remarquables. Vous y verrez l'amélioration des phénomènes objectifs et subjectifs se montrer parallèle à l'augmentation de poids accusée par la balance.

---

(1) A. Mathieu et M. Beauchant. Sur quelques modalités des perversions de la faim. *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, 1900, p. 360.

(2) A. Laboulais. Séméiologie de la stase gastrique. *Th. de Paris*, 1902.

D'autres auteurs, M. Dubois (de Berne) (1) en particulier, ont préconisé avec une grande conviction l'emploi, ne disons pas, si vous le voulez bien, de la *suralimentation*, mais de la *réalimentation* chez les nerveux dyspeptiques, surtout chez les neurasthéniques. En Suisse, on se sert beaucoup de l'alimentation intensive par les pâtes, les laitages et les œufs.

En réalité, il convient en semblable matière de ne pas être systématique et de savoir approprier à chaque catégorie des cas les prescriptions alimentaires tant au point de vue qualitatif qu'au point de vue quantitatif.

Il ne m'est pas possible d'entrer dans le détail : il faudrait un volume entier pour épuiser la question du régime alimentaire des dyspeptiques. Je tenais seulement, à propos de la très intéressante communication de M. Bardet, à demander que l'important principe de l'alimentation suffisante dans le traitement des dyspeptiques ne fût pas perdu de vue. On ne peut pas toujours l'appliquer, mais il faut toujours s'efforcer de lui obéir aussitôt que possible.

Il est bien évident toutefois qu'ici comme partout le mieux est quelquefois l'ennemi du bien : il faut savoir ne pas aller trop loin. Il faut s'arrêter au moment où la réalimentation utile deviendrait de la suralimentation nuisible. Nul doute que les progrès de la chimie biologique ne nous donnent ultérieurement des indications plus précises que celles que nous devons dès maintenant tirer presque exclusivement des variations du poids du malade et de son état général.

---

(1) Dubois (de Berne). Des troubles gastro-intestinaux du nervosisme. *Revue de médecine*, p. 552, 1900.

LITTÉRATURE MÉDICALE

I. — *Traité clinique des maladies du cœur et de l'aorte*, par HENRI HUCHARD, de l'Académie de médecine, t. III (1er fasciculo). — *Maladies du péricarde. — Endocardites aiguës et subaiguës.* Octave Doin, éditeur.

Je viens de lire, avec un vif plaisir et aussi avec grand profit, le premier fascicule du tome III du « Traité clinique des maladies du cœur et de l'aorte » de M. Henri Huchard. Ce fascicule est consacré aux maladies du péricarde ainsi qu'aux endocardites aiguës et subaiguës.

Les lecteurs du « Bulletin de thérapeutique » ont déjà pu apprécier l'importance des idées de M. Huchard en ce qui concerne les « péricardites », puisqu'ils ont eu la primeur de la partie de son livre consacrée au traitement de l'inflammation de l'enveloppe du cœur.

Je voudrais insister, aujourd'hui, sur la question des « endocardites ». Celles-ci ne sont plus des maladies nettement définies avec une étiologie et une caractéristique anatomique toujours semblables, avec un aspect clinique invariable. Ce sont, dit M. Henri Huchard, « des affections secondaires survenant dans le cours de maladies générales ou d'états infectieux divers; elles ont une évolution aiguë, subaiguë ou lente, se manifestant sur place par des lésions ulcéro-végétantes des valvules, et à distance par des embolies septiques avec infarctus viscéraux, ou encore par des altérations de nature plastique ou exsudative, aboutissant à la déformation définitive des orifices du cœur et à la production d'une cardiopathie valvulaire. Les unes sont primitivement malignes; les autres ne deviennent graves à la longue que par les conséquences qu'elles entraînent dans le mécanisme valvulaire. Les premières sont non seulement infectieuses mais encore infectantes au plus haut degré; les secondes, moins infectieuses, à peine infectantes. Danger général et rapide dans celles-là; danger local et lent dans celles-ci. »

Cette conception des endocardites doit être la règle directrice de leur traitement. « Leur thérapeutique ne doit plus être comme une sorte d'énumération de nombreux et inutiles médicaments (quand ils ne sont pas nuisibles); elle doit procéder de la physiologie de la maladie, du malade, du remède. Aussi ne doit-on pas hésiter, comme nous en donnons l'exemple, à rejeter certaines médications surannées qu'un long passé protégeait encore, mais contre lesquelles protestent nos connaissances nouvelles sur les maladies infectieuses. »

Dans l'endocardite infectieuse simple rhumatismale, le *salicylate de soude* constitue non pas un médicament directement curateur, mais un remède prophylactique. Son emploi doit être précoce et intensif. Il faut employer d'emblée les doses fortes nécessaires. On les continue de huit à quinze jours à dose décroissante après la disparition des fluxions articulaires. Quant au traitement curateur, M. Henri Huchard repousse la médication alcaline, le tartre stibié, les mercuriaux, la saignée sous toutes ses formes; il rejette aussi le vésicatoire et condamne les soi-disant sédatifs qui doivent calmer l'éréthisme nerveux aussi bien que les faux toniques à qui l'on demande de relever les forces et les illusoires antithermiques. Ne confondons pas, dit-il, agitation thérapeutique et action thérapeutique. Pour celle-là, des drogues, encore des drogues. Pour celle-ci, suffisent l'hygiène et trois médicaments principaux qu'il faut appliquer à leur heure : le salicylate de soude, la digitale et l'iodure de potassium, dont il règle l'emploi avec une hauteur de vue et une compétence clinique qui ne sauraient être dépassées.

L'étude pathogénique de l'endocardite infectante montre les indications thérapeutiques qui ressortissent à la prophylaxie, à la destruction des microbes, à la modification défensive du terrain. Malheureusement, dit l'auteur, si ces indications sont bien posées, elles sont loin d'être résolues avec les moyens dont nous disposons. Le traitement de choix est encore la chlorhydrate de quinine, qu'il associe, à dose égale, au benzoate de soude, quatre cachets de 0 gr. 25 par jour. « Encore, ajoute-t-il, cette médication n'est-elle que palliative, absolument comme le sont celles par la digitale destinée à modérer l'excitation du cœur, et par l'alimentation lactée unie à l'emploi des diurétiques (théobromine, nitrate de soude), ayant pour but de favoriser l'élimination des toxines. »

Ce qui est tout à fait remarquable dans cette œuvre importante de M. Henri Huchard qui assoit, enfin, la pathologie et la thérapeutique des maladies du cœur sur la physiologie pathologique, et constitue une véritable révolution dans le domaine morbide où l'enseignement classique s'attardait à cataloguer des symptômes et à disserter sur des bruits de souffle, ce qui est remarquable, dis-je, c'est que le savant médecin de Necker, avec le grand sens pratique qui le caractérise, fait concourir au traitement toutes les notions qu'il expose d'une façon à la fois si brillante et si sûre. Henri Huchard est un des maîtres de la nouvelle école qui pensent et qui enseignent que la mission du médecin est, avant tout, de soulager et de guérir. Il signale les doctrines, mais il ne s'y arrête pas. Adepte de la vieille et toujours sûre méthode hippocratique, il met l'observation au-dessus du raisonnement. Il veut que son livre soit le vade-mecum du praticien qui a besoin d'agir et non de discourir. C'est pour cela que je le recommande vivement à nos lecteurs comme une des œuvres les plus vécues et, par conséquent, les plus utiles de notre époque.

ALBERT ROBIN.

II. — *Introduction à l'étude de la figure humaine*, par PAUL RICHER, de l'Académie de médecine. — *La beauté de la femme*, par le Dr STRATZ, traduit de l'allemand par R. WALTZ.

M. Paul Richer est un artiste et un grand artiste, il s'est fait, parmi le corps médical, une juste réputation, nous avons tous admiré ses publications antérieures, célèbres par les admirables dessins dont il les a émaillées. Les privilégiés ont pu admirer ses œuvres sculpturales, si remarquables par la vérité scrupuleusement physiologique des mouvements. Notre confrère a entrepris, avec la collaboration d'éditeurs éminemment artistes eux-mêmes, MM. Paul Gautier et Magnier, la publication d'une série de livres des plus intéressants par la nouveauté de leur esprit, car c'est une longue étude sur la figure humaine, considérée au point de vue artistique, mais dans ses rapports avec la véritable expression physiologique. Non seulement les médecins, mais aussi les artistes s'inspireront de ces magnifiques publications, où ils trouveront, sous la forme de vignettes et de planches en couleur, commentées savamment par des critiques de premier ordre, tous les renseignements les plus complets sur la qualité vraie de l'expression de la forme. J'ai rarement eu la bonne fortune de voir la science et l'art si merveilleusement alliés dans une publication.

Les deux premiers volumes de la série sont déjà parus. Le premier volume est de la main de M. Paul Richer, c'est une magistrale introduction à l'étude de la figure humaine; l'auteur y passe en revue toute l'histoire du Nu dans l'art, puis il étudie ce qu'il appelle justement la « science du Nu » et s'appuie enfin sur ces données logiques, pour esquisser une esthétique scientifique.

Le deuxième volume est la traduction d'un ouvrage allemand du Dr Stratz, consacré à l'étude de la beauté féminine. Ce volume est illustré de 168 dessins en noir ou en couleur donnant un ensemble remarquable de types féminins de toute race. L'Académie y est étudiée avec une science étonnante, et une originalité vraiment nouvelle, notamment pour tout ce qui concerne la valeur en mouvement dans les changements apportés aux lignes. Cet ouvrage, comme d'ailleurs tous ceux qui le suivront, est aussi bien un album qu'un livre de science et d'art, et la bibliothèque médicale se trouve enrichie par ces remarquables productions.

Dr G. Bardet.

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Maladies du cœur et des vaisseaux.

De l'asystolie progressive des jeunes sujets par myocardite subaiguë primitive. — Lorsqu'un homme jeune, disent MM. Josserand et Gallavardin (*Archives générales de médecine*, décembre 1901), sans cause étiologique apparente, présente une asystolie

grave, à marche progressive, que n'explique aucune lésion valvulaire, ce n'est pas à l'hypothèse de symphyse péricardique que le diagnostic par exclusion doit conduire.

Il existe, en effet, chez les jeunes gens, des *myocardites subaiguës primitives*, donnant lieu à un type clinique analogue qui ont pour caractère de saisir le sujet au milieu d'une santé parfaite, d'évoluer d'une façon continue et sans rémission vers une asystolie de plus en plus grave et de se terminer par la mort en quelques mois.

Leur évolution se fait remarquer, outre les symptômes cardioplégiques habituels, par un début brusque, assez souvent accompagné d'embolies pulmonaires ou cérébrales qui ouvrent la scène, par une grosse hypertrophie cardiaque, l'absence de souffles, l'existence d'un léger galop, l'absence fréquente d'arythmie, par de vastes œdèmes et enfin une marche rapide et continue sans aucune rémission.

Le diagnostic s'égare ordinairement soit dans le sens d'une néphrite à cause de l'albuminurie, des œdèmes, du galop; soit dans le sens d'une symphyse péricardique. La fièvre, les hémoptysies, les râles pulmonaires évoquent en effet l'idée de tuberculose, et l'asystolie sans signes sthétoscopiques cadre bien avec la physionomie clinique de la symphyse.

Les lésions constatées à l'autopsie de tels cas consistent, outre les viscères franchement cardiaques, les infarctus nombreux, en une grosse hypertrophie du cœur (530 à 570 grammes) avec caillots ventriculaires volumineux et adhérents dont la constance explique celle des phénomènes emboliques.

Il n'existe ni lésions valvulaires, ni symphyse péricardique, ni aortite, ni altération des coronaires, ni lésions rénales.

Quant aux lésions myocardiques, elles peuvent consister soit en altérations fibreuses du myocarde remarquablement intenses, provoquant parfois une transformation fibreuse presque totale de la paroi myocardique et toujours nettement appréciables macroscopiquement, constituant la *myocardite interstitielle subaiguë primitive*, soit en de très légères altérations interstitielles et quelques lésions parenchymateuses.

Ces lésions myocardiques doivent être considérées comme le résultat de la localisation primitive au niveau du myocarde d'infections de nature variable.

A côté des *infections banales* et indéterminées qui, sans doute, sont en cause dans la plupart des cas à étiologie obscure, il faut faire une place importante dans la genèse de telles lésions à la *syphilis* et à la *tuberculose*.

Il faut donc admettre que le myocarde, comme tout autre viscère, comme le rein notamment, peut devenir le siège de localisations infectieuses primitives et que ces localisations peuvent engendrer d'emblée l'asystolie.

Maladies du tube digestif et de ses annexes.

De la mort rapide ou subite d'origine gastrique. — Quand une personne vient à succomber dans un lieu public, dit M. Lancereaux (*Revue de thérap. méd.-chir.*), on ne manque pas d'incriminer ou une rupture d'anévrisme, ou une rupture cardiaque, ou une embolie, ou encore une hypertrophie du cœur. Il est une cause de mort subite à peine soupçonnée, c'est un trouble nouveau de l'estomac, et en particulier la dyspepsie qui s'observe chez les goutteux. La preuve c'est qu'elle survient soit dans la nuit entre 2 à 3 heures du matin, soit dans l'après-midi, vers 4 ou 5 heures, soit, encore, mais plus rarement, dans la matinée, vers 10 ou 11 heures, c'est-à-dire assez longtemps après les repas, au moment où se font sentir les troubles digestifs dans les dyspepsies avec ectasie gastrique ; en l'absence de tout désordre appréciable du système nerveux (pneumogastrique et bulbe), et avec intégrité, pour ainsi dire toujours absolue, du cœur, si ce n'est, parfois, une faible dilatation avec ou sans dépôt graisseux à la surface de cet organe.

Sur la diarrhée expérimentale de suralimentation. — Dans un excellent article publié dans les *Archives de médecine navale*, août 1901, M. Maurel rappelle qu'il est de toute nécessité de distinguer la *suralimentation* de la *surnutrition*. La première est constituée

par l'ingestion d'une quantité d'aliments dépassant le pouvoir fonctionnel de nos organes digestifs, la seconde au contraire est constituée par la pénétration, dans le torrent circulatoire, d'une quantité d'aliments qui dépasse les besoins de l'économie.

Des expériences auxquelles M. Maurel est arrivé il a tiré les conclusions suivantes :

1° Chez des animaux dont l'alimentation est bien réglée, il suffit d'augmenter les aliments d'un cinquième à un tiers, sans modifier leur nature, pour produire des troubles digestifs et notamment la diarrhée ;

2° Par contre, il suffit de ramener l'alimentation de la même quantité au-dessous de la ration d'entretien, sans changer ces aliments, pour permettre aux organes digestifs de reprendre l'intégrité de leurs fonctions.

Maladies du système nerveux.

De l'impuissance sexuelle et de son traitement électrique. — On peut admettre, dit M.Laquerrière (*Le Progrès médical*, 10 mai 1902), que la voltaïsation ascendante du rachis augmente la faculté d'érection chez les sujets qui ont une défaillance de cette faculté. Aussi doit-on essayer ce procédé contre l'impuissance sexuelle, soit qu'on cherche en lui un agent curateur par lui-même, soit qu'on veuille seulement rendre au sujet confiance en lui-même et lui donner un appui pour un travail psychique qui est nécessaire dans bien des cas.

Le Gérant : O. DOIN

IMP. F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE. — PARIS-6e



La lutte contre la tuberculose. — Un hôpital sans malades. — La virulence des crachats tuberculeux desséchés. — L'éther amido-benzoïque, anesthésique local. — Le moustique est bien l'agent de la malaria. — Une victime des rayons X. — Un hôpital pour millionnaires.

Le mardi 7 janvier, M. Albert Robin a fait, devant une très nombreuse assistance, une intéressante conférence sur la manière dont devait être comprise la « lutte contre la tuberculose ». Faite à l'Ecole des sciences sociales, cette conférence a forcément été limitée au côté économique de la question. Dans une argumentation serrée et appuyée de chiffres indiscutables, l'orateur a montré que le système allemand des sanatoria populaires, destinés à produire ce qu'on appelle des *guérisons économiques*, dans le sens financier du mot, ne satisfaisait ni la *société* ni l'*humanité*, malgré l'énormité des sacrifices. Il a démontré qu'en France il faudrait une dépense initiale d'un milliard et au moins 200 à 300 millions de dépense annuelle, sans que ces sacrifices puissent produire sûrement des résultats appréciables; puis, par des citations statistiques fort suggestives, il a prouvé qu'en se contentant d'appliquer les lois existantes et d'utiliser les moyens hygiéniques et thérapeutiques modernes, on pouvait arriver à des résultats autrement pratiques, et cela sans dépenses administratives réelles.

Nous nous contentons d'indiquer ici les grandes lignes du sujet traité, car nous aurons occasion de reprendre la question dans tous ses détails.



On peut lire dans la *Presse médicale* du 20 novembre que Reinhold Ruge, médecin de la marine allemande, visitant les hôpitaux européens de Tanger, a beaucoup admiré l'hôpital français dont les salles, dit-il, sont hautes, aérées et bien confortables ! Mais cet hôpital présenterait ceci de particulier qu'il n'y a dans la maison, ni médecin, ni garde-malade, ni sœur ! Cela s'explique un peu puisque, au moment de la visite de Ruge, il y avait comme malade un vieux matelot atteint de bronchite chronique ! ! Quel idéal pour une administration. Un hôpital sans malades et sans médecins, des lits blancs partout !



Il ressort des expériences entreprises par M. Harold Swithinbank et communiquées à la *Royal Society de Londres* que ni les vicissitudes atmosphériques, ni l'irradiation solaire, ne peuvent faire disparaître la virulence des crachats tuberculeux. Ayant choisi deux carrés de gazon d'une étendue de 44 pieds, dont l'herbe coupée très court avait été arrosée de crachats tuberculeux, on y mit des cobayes et des lapins. L'un des carrés fut exposé à l'action du temps qui était particulièrement beau et sec; l'autre était dans les mêmes conditions, sauf qu'on s'arrangea à le préserver des rayons du soleil. Un des animaux mourut; les autres furent tués à des périodes variant de six semaines à six mois : 80 p. 100 étaient largement tuberculeux, la tuberculose affectant surtout les organes respiratoires. Et l'on n'observa aucune différence pour le terrain exposé au soleil. Il est à ajouter que de ces animaux tuberculeux naquirent à différentes périodes dix-huit petits dont aucun, tué à divers intervalles, ne fut trouvé

tuberculeux. Il faut en conclure que les parents avaient épuisé le pouvoir infectant du sol ensemencé.



L'éther amidobenzoïque a été découvert en 1890 par E. Ritzert. Connu comme anesthésique local, mais abandonné à cause de son insolubilité dans l'eau, il vient d'être repris par MM. Bing et Kobert qui ont montré que cet éther, s'il est difficilement soluble dans l'eau froide, se dissout au contraire facilement dans l'alcool éthylique, l'éther, le chloroforme, l'acétone, les graisses et les huiles et qu'à petites doses, il n'est pas vénéneux. C'est un analgésique et un antiprurigineux efficace ainsi qu'il résulte de la pratique de Carl von Noorden qui, pendant deux ans, l'a expérimenté.



Si l'on doutait encore que l'agent de la malaria est le moustique, il suffirait de rappeler l'expérience très curieuse que M. Buchanan a eu l'occasion de faire sur un de ses assistants. Celui-ci choisit lui-même la forme de fièvre intermittente qu'il consentait bien à se faire inoculer. Il se prononça pour une fièvre tierce bénigne. On le fit piquer par des moustiques qui avaient sucé le sang d'un malade affecté de cette forme de fièvre, et il ne fut pas long à présenter lui-même des accès semblables.



Un riche négociant de Cleveland-Ohio, M. Buettner, aurait été, rapporte le *Journal*, victime d'une triste aventure. Un matin, en se réveillant, il subit une vive douleur à la gorge et à la poitrine. En même temps, il s'aperçut que son râtelier manquait dans sa bouche. Il imagina aussitôt qu'il avait avalé son râtelier en dormant. Il se fit transporter à l'hôpital, où les chirurgiens l'exami-

nèrent. Chose curieuse, on le soumit à la radiographie et on crut apercevoir dans son estomac la monture des fausses dents. Aussitôt les chirurgiens se décidèrent à l'opération. Ils ouvrirent l'estomac où ils ne trouvèrent pas trace de dentier. Tandis qu'ils s'occupaient à recoudre M. Buettner, la sœur de celui-ci accourut, portant le fatal râtelier qu'elle venait de trouver sous son lit. M. Buettner a naturellement succombé à l'opération motivée par son illusion et par l'application des rayons X.

⁂

Il n'est pas de jours où l'on n'ait à signaler, dit la *République Nouvelle*, quelques manifestations de l'esprit curieusement inventif des Américains. C'est aujourd'hui la création d'un hospice d'ex-millionnaires.

Un certain Richard Ferris, qui fut pendant cinquante ans président de la Banque de New-York, vient d'acheter le château historique de Poughkepsie avec des fonds laissés à cet effet par un de ses amis, M. Samuel Pingle. L'hospice ne recevra que des millionnaires qui ont fait et perdu leur fortune.

Il est à craindre que ledit hospice ne soit bientôt encombré, car il y a en Amérique, on le sait, encore plus de gens ruinés que de millionnaires.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement des néphrites,

par M. MUSELIER,
Médecin de l'Hôtel-Dieu.

Nulle question peut-être n'a été plus souvent traitée que celle des néphrites, envisagée autant de fois sous toutes ses faces, dans son ensemble et dans ses détails, plus souvent proposée aux méditations des nosologistes comme aux préoccupations des praticiens. Et nulle, peut-être aussi, ne laisse derrière elle autant de desiderata, c'est-à-dire de points obscurs et de notions inachevées. Dans le domaine de la pathologie viscérale, il n'y a guère que le foie dont l'étude offre des difficultés égales, sinon supérieures. Si l'on cherche la raison de cet état de choses, on la trouve pour une bonne part dans l'imperfection de nos connaissances relatives à la physiologie du rein, organe dont les fonctions évidemment multiples et complexes restent encore mystérieuses par bien des points. Ce que nous en savons se résume dans une formule : le rein est par excellence l'organe dépurateur, celui qui a pour rôle et pour attribut de débarrasser l'économie des déchets de toutes sortes, des matériaux

ayant servi et devenus impropres à l'entretien de la vie. Or, en dépit de sa clarté apparente, cette définition implique de profondes et nombreuses lacunes. Ainsi, étant admis que la fonction du rein est réduite à un simple rôle de filtration, comment s'opère celle-ci? Au niveau de quels éléments constituants? Quel est le rôle spécial dévolu à chacun de ceux-ci : glomérules-anses de Henle, canalicules terminaux? Existe-t-il respectivement pour chacun de ces éléments une sélection préétablie donnant à tel ou tel d'entre eux une attribution particulière dans le grand acte de la dépuration, acte qui, dans son ensemble, ne serait ainsi que la résultante et la somme de ces opérations partielles et simultanées et successives? Voilà sur quoi nous ne sommes pas encore suffisamment édifiés, tant s'en faut, et c'est précisément ce qui constitue une des difficultés de l'étude du rein à l'état pathologique et qui explique, par contre-coup, la difficulté que l'on éprouve à instituer une thérapeutique rationnelle, pourvue d'une base solide, adéquate à tous les modes et à tous les degrés d'altération que ce viscère peut subir au cours de la vie humaine.

Une autre difficulté provient du mode même de fonctionnement de la glande rénale, de la façon dont il s'exerce dans les conditions de la vie normale. C'est, en effet, un fonctionnement silencieux, en quelque sorte secret, dont les troubles ne se révèlent par aucun phénomène bruyant ou même apparent, comme ceux qui mettent sur la trace de la souffrance d'autres organes dotés d'attributions en apparence plus actives : tels le cœur, le foie, le poumon. Dans la très grande majorité des cas, l'altération du rein existe et évolue sans que le malade en ait conscience, sans qu'un dérangement appréciable de la santé vienne l'avertir du travail pathologique déjà commencé, et l'avertir du danger qu'il

court. C'est le cas habituel dans les néphrites chroniques, surtout dans celles qui le sont d'emblée, et c'est le cas de beaucoup le plus commun. Trop souvent, les symptômes révélateurs de la lésion rénale n'apparaissent que lorsque cette altération est constituée, même déjà très avancée, et dès lors à peu près irrémédiable. Or, c'est précisément là un des principaux écueils de la pratique, la cause de multiples déboires pour le médecin qui, mal informé concernant la profondeur du mal auquel il a affaire, peut de ce chef concevoir de trompeuses illusions et entretenir celles du malade, jusqu'au jour où surviennent des catastrophes irréparables. Et peut-être, à ce sujet, y aurait-il lieu dès maintenant de protester contre la distinction traditionnelle entre les néphrites chroniques et les albuminuries : car précisément au point de vue pronostique, celles-ci ne diffèrent plus essentiellement de celles-là, elles comportent la même incertitude dans la prévision de l'avenir, les même aléas. Et déjà, par ce seul côté de la question, nous sommes portés à croire que néphrite et albuminurie ne sont qu'un, que l'une est simplement la traduction déterminée et visible de l'autre, l'expression symptomatique, souvent unique, d'une lésion que rien d'autre ne révèle au dehors; et que, dès lors, les mêmes règles de traitement, soit curatif, soit prophylactique, leur sont applicables. Telle est du moins l'idée qui tend à prévaloir aujourd'hui, et dont le bien fondé s'affirmera de plus en plus, à mesure que nous apprendrons à mieux connaître les divers modes d'altérations rénales et les symptômes par lesquels ces altérations peuvent se révéler.

Avant d'aborder franchement cette grande question du traitement des néphrites, il est nécessaire d'indiquer la manière dont nous comprenons leur groupement et leur classification. A cet égard, il existe une sorte de tradition

qui subsiste encore dans les ouvrages les plus récents, et d'après laquelle on distingue deux classes d'inflammations rénales : néphrites aiguës, néphrites chroniques. Assurément cette division est imparfaite, la ligne de démarcation entre les deux classes n'étant pas toujours franchement indiquée et l'une pouvant se transformer en l'autre par une sorte de transaction insensible. Nous la conserverons néanmoins, ne fût-ce que pour la clarté du sujet, et nous admettrons avec Brault ces deux groupes :

A. Néphrites passagères....... { aiguës (scarlatine) / subaiguës }
B. Néphrites chroniques (plomb, goutte, etc.).

Ce dernier groupe s'est notablement accru depuis quelques années et offre maintenant un champ d'études plus vaste que celui qui ressortit aux néphrites aiguës.

A. — Traitements des néphrites aiguës

Les néphrites aiguës forment un groupe bien défini, surtout depuis l'adoption de la néphrite scarlatineuse comme type clinique pouvant servir en quelque sorte d'étalon à tous les autres : néphrite pneumonique, typhoïde, diphtéritique, etc..., qui en reproduisent assez exactement la physionomie symptomatique : douleurs lombaires, courbature, fièvre, urines sanguinolentes et rares, etc. Doit-on y incorporer la congestion rénale aiguë primitive, que M. A. Robin a décrite et qu'il a cherché à distraire du groupe des néphrites vraies, à individualiser ? La réponse est plutôt négative, si l'on s'en rapporte simplement aux analogies ! En effet, la congestion rénale aiguë primitive, telle que M. A. Robin en a tracé le tableau, reproduit trait pour trait la physionomie

classique des néphrites aiguës. On ne perçoit guère que des nuances dans sa description, et il semble bien que ce soit là un des modes multiples par lesquels se traduit l'action irritante et phlogogène d'une influence extérieure, comme le froid, ou d'un poison microbien créant une réaction lors de son passage à travers les éléments sécréteurs du rein. Dès lors, on ne voit guère la nécessité d'une séparation absolue entre espèces si voisines, et il nous apparaît qu'on doit leur appliquer les mêmes règles thérapeutiques.

Ces prémisses étant posées, il est certain que le traitement des néphrites aiguës devient une chose bien définie, dont les indications se dégagent de l'uniformité habituelle du symptôme dont la maladie se revêt à l'extérieur. Mais, tout d'abord, rappelons avec Brault que tout médecin placé en face d'une néphrite doit se poser les trois questions suivantes :

1° Quel est le degré d'altération du rein?

2° Par quelle intervention venir en aide à la fonction rénale troublée ?

3° Quels sont les moyens de faire rétrocéder la lésion rénale ?

Ces trois propositions résument l'ensemble des préoccupations qui doivent diriger l'intervention du praticien. Elles ont d'autant plus d'importance, surtout la dernière, que, suivant la juste remarque de Brault, si l'attaque est d'origine récente, on est en droit d'espérer une amélioration sensible et même la guérison. Or, c'est le cas pour la grande majorité des néphrites aiguës, dont le début et la cause sont le plus souvent faciles à déterminer, en ce sens qu'elles succèdent ordinairement à une infection dont le rapport avec la complication viscérale est nettement établi par l'ordre chronologique : les néphrites surviennent généralement au moment

de la période d'état, plus souvent à l'époque de la convalescence. Elles suivent de près l'infection générale, comme l'effet suit la cause.

Disons-le de suite, ce traitement ne peut être, dans la très grande majorité des cas, qu'un traitement symptomatique. Le traitement pathogénique, cet idéal qui consisterait à combattre directement et à stériliser dans ses effets le poison producteur de la maladie, n'existe ni pour la néphrite scarlatineuse, ni pour la pneumonique, etc. Il n'existe guère que pour la néphrite syphilitique, et nous verrons ultérieurement quel parti on peut en tirer et quels services il peut rendre, lorsqu'à un diagnostic étiologique, posé en temps opportun, répond une intervention appropriée, énergique et décisive.

La première et urgente préoccupation doit donc être de modifier la lésion rénale, de la faire avorter sur place, si possible, de façon à étouffer dans leur germe toutes ses conséquences ultérieures. Dans cet ordre d'idées, l'emploi de la révulsion apparaît comme tout à fait logique et rationnel, aussi logique assurément et en tous cas plus utile que dans d'autres maladies où son efficacité passa longtemps pour un dogme incontesté. On peut dire que la révulsion se résume ici tout entière dans la *saignée locale*, spécialement efficace en raison des anastomoses vasculaires qui relient l'appareil circulatoire rénal à celui des parois du tronc, au niveau de la région lombaire et particulièrement du triangle de J.-L. Petit. Le meilleur moyen pour l'obtenir consiste dans l'application de sangsues au niveau de la partie moyenne du triangle. Une demi-douzaine de sangsues, qu'on laisse gorger et dont on laisse les piqûres saigner ensuite largement, constituent un moyen de déplétion vasculaire certainement très actif pour diminuer la congestion

glomérulaire qui suit de si près l'action de l'agent nocif sur la glande. Ces applications peuvent se répéter un certain nombre de fois, et nous n'hésitons pas, pour notre part, à les prescrire plusieurs jours de suite, aussi longtemps que persistent les phénomènes révélateurs de l'inflammation rénale : oligurie et coloration foncée des urines, avec présence d'éléments directement empruntés au sang, globules rouges, sérum, fibrine, simultanément avec les vomissements, la fièvre, etc. Dans les hôpitaux parisiens, on a recours de préférence aux ventouses scarifiées, sans qu'il soit possible d'établir autrement que par des faits lequel de ces deux moyens de déplétion est le meilleur.

Quant à la saignée générale, son action déplétive est moins bien établie, elle est à cet égard inférieure à la saignée locale. Son utilité apparaît plus évidente quand il s'agit de combattre l'urémie, complication dont nous aurons à nous préoccuper plus loin.

Passons rapidement sur les autres moyens révulsifs que l'on a préconisés, et qui n'occupent qu'un rang très inférieur à celui de la saignée. Nous voulons parler des substances topiques en application sur la peau et destinées à établir une sorte de contre-irritation favorable : teinture d'iode, liniment ammoniacal, térébenthine, etc. Ces révulsifs n'exercent qu'une action incertaine et l'irritation locale qu'ils produisent est loin d'être sans inconvénient. Quant au vésicatoire, l'accord est à peu près unanime pour en rejeter l'emploi, en raison des effets irritants qu'il exerce sur le rein et dont l'intercurrence serait ici plus qu'inopportune.

Traitement interne. — Le traitement interne des néphrites aiguës comprend, pour ainsi dire, exclusivement le régime, et celui-ci peut à son tour se résumer dans une formule uni-

voque; l'emploi exclusif et systématique du régime lacté. L'accord des médecins est ici vraiment universel et c'est même là un exemple d'unanimité remarquable en matière clinique. Actuellement il n'est pas un praticien qui, placé en face d'une néphrite scarlatineuse (pour prendre un exemple typique), n'impose à son malade le lait pour aliment unique. Quelques-uns sont même allés plus loin dans cette voie, et proposent la diète lactée chez tous les scarlatineux comme moyen préventif de la complication rénale ou, si l'on veut, de l'albuminurie, qui en est le signe extérieur le plus évident.

En France, Jaccoud a été un des premiers à préconiser cette méthode. Ziegler, de Potsdam, s'est montré aussi très affirmatif dans ce sens, après des expériences prolongées qui lui auraient donné des résultats tout à fait démonstratifs en faisant voir que chez les scarlatineux, alimentés systématiquement par le lait, on n'observe chez aucun de trace quelconque d'infection rénale.

On peut ajouter avec Brault qu'il n'existe pour ainsi dire aucune contre-indication au régime lacté, à part celle qui peut résulter d'une répugnance plus ou moins insurmontable des malades, objection qui est résolue à l'avance par l'emploi de petits moyens destinés, soit à combattre cette répugnance, soit à prévenir les troubles digestifs inhérents chez certains sujets à l'usage prolongé d'une alimentation uniforme. Il n'entre pas dans le cadre restreint de notre article de faire l'énumération de ces petits moyens qui appartiennent à la pratique de chaque jour, et que chaque médecin peut varier à volonté. Il nous suffira de rappeler encore avec Brault que, dans les limites où évoluent les néphrites aiguës, deux ou trois mois au maximum, les malades se trouvent dans les meilleures conditions pour retirer

de ce traitement tous les avantages qu'il comporte. Les signes révélateurs de la lésion rénale persistent-ils au delà? C'est qu'on se trouve dès lors en face d'une altération devenue permanente, définitivement constituée, et, à partir de ce moment, les préoccupations du médecin doivent changer d'orientation et d'objet, comme nous le verrons plus loin à propos des néphrites chroniques.

Une source d'indications plus spéciale, mais extrêmement précise, est celle qui chez les sujets atteints de néphrite aiguë commande d'assurer ou d'augmenter la diurèse. Car cette fonction capitale du rein est profondément troublée, par suite de l'irritation violente de toutes les parties du viscère et de la désorganisation profonde de l'appareil glandulaire (Brault).

La diminution spontanée du taux quotidien des urines, en même temps que l'altération de leurs qualités physiques normales, sont la preuve pour ainsi dire écrite et tangible de cette perturbation. De ce chef, il y a rétention plus ou moins complète dans l'économie des déchets que le rein est chargé d'éliminer normalement, et par conséquent menace incessante d'auto-intoxication. Cette imminence de l'empoisonnement urémique, sorte d'épée de Damoclès tenue incessamment sur la tête des sujets atteints de néphrite aiguë, suggère inévitablement l'idée de suppléer à l'insuffisance de la fonction au moyen des agents qui ont pour mission de solliciter celle-ci, d'en provoquer le retour si elle est momentanément suspendue, d'en activer l'exercice, si elle n'est que diminuée. Deux ordres de moyens s'offrent au praticien pour cela.

Le premier consiste à agir sur le rein par les diurétiques directs : le second cherche à utiliser la force contractile du cœur. Les diurétiques directs sont nombreux, mais le choix

n'en est pas indifférent. On peut dire, en principe, que le lait représente un des plus simples et des meilleurs. Ce qu'il faut rejeter, ce sont les diurétiques doués d'une action irritante sur la glande rénale, comme les sels de potasse, les baies de genièvre, la scille, etc. Brault montre une préférence marquée pour les sels de soude, bicarbonate et benzoate, qui activent la diurèse dans des proportions notables, et qui, de plus, ont une action sédative très appréciable au moment des poussées congestives.

Le même auteur recommande également certaines tisanes végétales : *uva ursi*, raifort sauvage, écorce fraîche de sureau, stigmates de maïs. Plus récemment, on a recommandé au même titre l'emploi de la lactose et de la glycose (G. Sée), ainsi que de la caféine et de la théobromine. Il y a donc un choix à faire, et assez varié, entre ces médicaments qui à des degrés divers sollicitent tous la fonction rénale.

La seconde indication, celle qui commande d'agir sur la force contractile du cœur, est pareillement d'une très grande importance. C'est en effet un moyen un peu indirect, mais parfois très puissant et par conséquent logiquement utilisable d'accroître la quantité journalière des urines. Les médicaments que l'on emploie à cet effet sont donc ceux qui sollicitent directement l'énergie du moteur central : digitale, strophanthus, spartéine, véritables toniques cardio-vasculaires. Ils n'ont d'ailleurs que des indications assez restreintes, au cours des néphrites aiguës, et ce n'est guère à eux que l'on s'adresse ordinairement. L'opportunité de leur emploi s'affirme plutôt à partir du moment où la maladie, lorsqu'elle n'a pu rétrocéder complètement, se transforme en lésion chronique, éventualité trop souvent constatée et dont la réalisation est, pour le médecin, le point de départ de nouvelles préoccupations et de nouveaux devoirs.

Une source d'indications, peut-être plus accessoire mais urgente tout de même, est celle qui vise le traitement des œdèmes périphériques, parfois extrêmement marqués chez les sujets atteints de néphrite aiguë. Malheureusement, nous ne sommes pas fixés encore d'une façon exacte sur le mécanisme réel de l'œdème brightique, sur son mode de formation. Les diverses théories proposées à ce sujet donnent toutes prise à des objections sérieuses, et il est vraiment surprenant qu'un symptôme aussi fréquent, on pourrait dire fondamental, dans l'évolution des néphrites, soit livré encore à l'arbitraire des interprétations. Toujours est-il que la diurèse apparaît comme le moyen le plus logique d'amener l'exonération rapide des tissus envahis par la sérosité brightique. Des recherches récentes donnent à penser que l'apparition des œdèmes pourrait bien tenir à un trouble de la sécrétion interne du rein, c'est-à-dire à la modification humorale encore peu connue que l'inflammation rénale amènerait dans la composition normale du sang. Si l'explication est exacte, la doctrine brown-sequardienne des sécrétions internes trouverait ici, du fait même d'un état pathologique, une véritable confirmation. L'œdème brightique serait dès lors comparable aux œdèmes qui apparaissent à la suite de la disparition ou de l'altération de certains parenchymes viscéraux, œdèmes dont le type classique est représenté par le myxœdème symptomatique des lésions du corps thyroïde. L'auteur d'une thèse récente et vraiment remarquable sur les fonctions du rein dans les néphrites, M. L. Bernard, semble adopter cette opinion, sur laquelle nous aurons à revenir, et qui a déjà été le point de départ d'applications thérapeutiques intéressantes. Peut-être fera-t-on entrer un jour prochain l'opothérapie rénale dans le traitement de l'anasarque brightique comme dans celui de

quelques autres manifestations de la maladie. Ce sera une innovation originale et assurément bien moderne.

Une courte digression suffira pour juger la valeur des autres moyens classiques, sudorifiques et purgatifs qui, à côté des diurétiques, visent à faire disparaître les œdèmes et rétrocéder l'anasarque. Ces moyens n'ont qu'une action incertaine, infidèle, qui n'est d'ailleurs pas sans danger, et ne parviennent à soustraire qu'une très minime partie des liquides épanchés. Ce reproche s'adresse particulièrement aux purgatifs (drastiques) qui, suivant Brault, ne trouvent d'application vraiment utile qu'au moment des accès d'urémie, c'est-à-dire à l'heure d'une grave complication vis-à-vis de laquelle on peut tout tenter. Encore leur utilité est-elle discutable et le plus souvent passagère. Il est infiniment préférable, quand la chose est possible, d'extraire les œdèmes directement, par les procédés classiques sur lesquels nous n'avons pas à insister ici. Dieulafoy reproche aux purgatifs de soustraire à l'économie une énorme quantité d'eau, et de diminuer ainsi la matière première avec laquelle se fabrique l'urine. En fin de compte, il faut admettre, avec ces auteurs, que les purgatifs et sudorifiques sont des médicaments médiocres en tant que réducteurs de l'anasarque, et que l'indication de leur emploi ne s'affirme guère que lorsqu'il s'agit de diminuer la quantité de poisons en circulation, c'est-à-dire de combattre les redoutables accidents de l'urémie.

PROPHYLAXIE DE L'URÉMIE

Nous désignerons sous ce titre l'ensemble des moyens propres à empêcher l'apparition de la plus grave éventualité des lésions rénales, savoir l'empoisonnement du milieu intérieur par les matériaux non éliminés. Cette préoccupa-

tion d'ordre prophylactique s'impose avec une urgence particulière chez les sujets atteints de néphrite aiguë. En effet, la désorganisation rapide des éléments spécifiques de la glande amène avec une rapidité parallèle le désordre et l'insuffisance de la fonction et dès lors le danger de l'auto-intoxication est réalisé et se trouve en quelque sorte à l'état d'éventualité toujours imminente. On sait du reste que les véritables complications urémiques apparaissent de bonne heure dans la néphrite scarlatineuse, ce type classique du groupe des néphrites aiguës. L'œuvre du médecin n'est donc pas terminée quand il a traité la néphrite proprement dite, ni même quand les signes extérieurs de celle-ci ont commencé à rétrocéder. Il doit prévoir le pire et se mettre en garde, par une incessante surveillance, contre une complication qui, presque autant que les symptômes, fait partie de l'évolution de la maladie.

En effet, ce qui crée l'urémie, c'est essentiellement l'annulation d'un nombre de filtres glomérulaires tel que cette diminution devient incompatible avec la persistance d'une dépuration rénale suffisante. Or, suivant la remarque de J. Renaut, ce fait de la diminution d'un grand nombre d'éléments sécréteurs est généralement considérable dans les néphrites aiguës et particulièrement dans la néphrite scarlatineuse, encore bien que nul moyen de certitude extérieur ne permette d'en apprécier le degré. Le seul fait qui en indique avec quelque probabilité l'existence actuelle ou seulement l'imminence, c'est la baisse du coefficient d'oxydation. Renaut exprime l'opinion que, parmi les poisons créés du fait de cette suppression partielle de l'élément glandulaire, ceux qui exercent l'action la plus profonde, la plus continue et aussi la plus progressive, sont certainement les poisons musculaires qui, en agissant sur le cœur et les vais-

seaux par l'intermédiaire de leurs nerfs propres, déterminent la série des accidents dont les deux termes sont l'altération du cœur et l'annulation fonctionnelle du rein. Il y aurait ainsi une sorte de cercle vicieux, puisque ce sont les poisons retenus dans la circulation par suite d'un travail rénal insuffisant qui deviennent à leur tour une cause d'aggravation dans le sens de cette insuffisance.

J. Renaut, dont nous reproduisons ici volontiers les idées à cause de leur caractère vraiment personnel et original, Renaut pense que dans les néphrites aiguës (scarlatine) la congestion diapédétique amène dans le lobule rénal un œdème aigu congestif, phénomène qui a pour effet de produire un encombrement très marqué dans la région occupée par les voies d'entrée du sang artériel dans le lobule et un encombrement relatif dans la région occupée par les voies d'issue de l'urine. Le résultat, ce serait purement et simplement l'annulation momentanée de tous les filtres, même de ceux qui ont échappé à l'inflammation et qui ont conservé leur intégrité anatomique : de telle sorte que l'anurie deviendrait le régime momentané du lobule envahi par cette sorte de poussée congestive. Le même phénomène peut d'ailleurs survenir quand il s'agit seulement d'œdème du rein, comme c'est parfois le cas dans les néphrites subaiguës et même dans les néphrites chroniques. Or, c'est là, d'après J. Renaut, la cause habituelle de l'urémie dans nombre de cas, plus spécialement peut-être chez les scarlatineux. C'est donc à prévenir ces poussées congestives ou œdémateuses, à les combattre quand elles surviennent, que le médecin doit s'attacher avec vigilance.

Ce sont les indications issues de ce chef que Renaut croit devoir résumer dans les propositions suivantes :

1° Dans les cas aigus, si, de par la pathologie, on prévoit

une action congestive déterminée par le poison morbide sur le rein, il importe de le prévenir, soit en agissant sur la maladie, soit en mettant le rein dans les meilleures conditions de liberté circulatoire.

2° Lorsque l'encombrement est produit, l'indication dominante est de le lever et de rouvrir le rein.

Or, dit Renaut, dans un grand nombre de circonstances, l'expérience clinique permet de prévoir, au cours d'une maladie infectieuse en voie d'évolution, le développement possible d'un œdème congestif du rein. Si la scarlatine est le type accompli des maladies qui comportent cette éventualité, celle-ci peut être également la conséquence de nombre d'états infectieux susceptibles, eux aussi, d'exercer une sorte d'action élective sur le rein (pneumonie, oreillons, variole, érysipèle). Une prophylaxie bien entendue est alors ce qu'il y a de plus rationnel et de plus sûr, conformément au précepte que : Mieux vaut prévenir que d'avoir à guérir. L'hygiène jouerait à cet égard un rôle considérable, prépondérant, à condition que l'emploi des mesures conformes soit continu, rigoureux. C'est, entre autres, la nécessité d'assurer au malade la respiration d'un air pur, abondamment chargé d'oxygène et incessamment renouvelé : cette dernière précaution étant à souligner, car elle va à l'encontre d'un préjugé encore très répandu. L'oxygénation ici a pour but, non seulement de pourvoir à l'hématose normale, mais encore d'apporter des matériaux en vue de la lutte dont le processus fébrile, qui accroît les oxydations, donne souvent la mesure : car un des dangers pour le malade, c'est la formation de produits incomplètement oxydés qui ne tarderaient pas à encombrer la circulation et à devenir une des causes efficientes de l'insuffisance rénale.

Dans le même ordre d'idées, Renaut conseille encore

d'écarter autant que possible l'intervention du froid qui possède, quoi qu'on en ait pu dire, le pouvoir d'augmenter la congestion rénale, et en tous cas diminue le pouvoir de résistance d'un organe déjà malade. L'utilité de cette pratique s'affirme surtout au moment de la convalescence, alors que la sensibilité au froid est devenue plus vive, car c'est précisément à ce moment qu'apparaissent d'ordinaire les néphrites graves accompagnées d'accidents urémiques.

Dans un ordre d'idées voisin, on doit conseiller le repos au lit et le séjour à la chambre. Une précaution encore très utile consiste dans les nettoyages antiseptiques de la bouche, du pharynx, de l'intestin, des fosses nasales, de la peau. Ces diverses pratiques ont pour but, suivant Renaut, de mettre le rein dans les meilleures conditions de liberté circulatoire. L'emploi des boissons aqueuses abondantes agit aussi un peu dans le même sens, mais par un autre mécanisme, en solubilisant les matériaux de déchets, les toxines, et en favorisant leur élimination. Une précaution non moins importante, d'après le même auteur, c'est d'éviter l'emploi des médicaments antipyrétiques, dont la plupart altèrent le globule sanguin et par surcroît exercent une double action défavorable : sur la sécrétion rénale, qu'ils diminuent ; sur le cœur, qu'ils affaiblissent. Mais d'un autre côté, Renaut préconise fortement l'usage du bain froid comme un des moyens de prophylaxie les plus puissants vis-à-vis des néphrites secondaires, et il le considère, au point de vue si important de la diurèse, comme un agent d'une efficacité hors pair.

Nous avons tenu à exprimer ici les idées si personnelles et si larges du savant professeur de Lyon, et pour cela nous les avons reproduites presque mot pour mot, afin de leur laisser toute leur originalité. Celle-ci se retrouve encore dans les

conseils qu'il donne vis-à-vis de l'urémie imminente ou confirmée. Dans le premier cas, c'est-à-dire quand le médecin a des raisons de croire que, malgré l'observance attentive et minutieuse des règles sus-énoncées, le rein a subi une agression violente et décisive de la maladie, ce sont alors d'autres indications qui interviennent. La plus urgente est celle qui consiste à faire cesser ou à diminuer la congestion du rein. La saignée générale n'est pas la méthode de choix pour obtenir ce résultat. Renaut lui préfère de beaucoup la saignée locale et conseille l'application immédiate de sangsues, en nombre variable selon l'âge, au niveau du triangle lombaire. Une seule application suffirait parfois pour produire la décongestion désirée. Ces applications, que dans certains cas on peut réitérer, seraient vraiment la pierre angulaire du traitement, qui comprend pour tout le reste l'ensemble des moyens dirigés contre l'urémie elle-même et dont nous n'avons pas à nous occuper ici.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

SÉANCE DU 24 DÉCEMBRE 1902

Présentations.

I. — *L'eukinase, eupeptique intestinal, et la pancréatokinase, ferment digestif; applications thérapeutiques des découvertes de Pawlow*,

par MM. HALLION et CARRION.

Soutenir que le suc pancréatique le plus normal est peu apte et même impuissant à digérer l'albumine et les matières pro-

téiques, cela aurait passé, naguère encore, pour un aventureux paradoxe. Et pourtant les découvertes récentes de Pawlow et de son élève Schepowolnikow, qui ont d'ailleurs profondément transformé nos connaissances relatives à la physiologie normale et pathologique de la digestion, puis les belles recherches de Delezenne, directeur du Laboratoire de physiologie de l'Institut Pasteur, ont fait, de cette assertion, une vérité physiologique des mieux démontrées. Il est établi que la trypsine, ce ferment protéolytique si puissant du suc pancréatique, est dépourvue de toute activité, à moins qu'elle ne soit, pour ainsi dire, mise en branle par un autre ferment : l'entérokinase (de κινεῖν, mouvoir). Ce dernier ferment, c'est la muqueuse duodénale qui le fournit.

De ces recherches procède l'étude que nous avons nous-mêmes entreprise pour en dégager le corollaire thérapeutique ; de précieux conseils, dus notamment à M. Marfon, nous avaient d'ailleurs stimulés à poursuivre cette étude et nous ont aidés à la réaliser.

Après des essais nombreux et divers, nous avons obtenu deux produits : l'*eukinase* et la *pancréatokinase*, que nous avons l'honneur de présenter aujourd'hui et dont nous allons indiquer brièvement la nature, les propriétés physiologiques et les applications médicamenteuses.

L'*eukinase* est extraite de la muqueuse duodénale du porc; c'est une poudre jaunâtre, qui contient, sous une forme remarquablement active, l'entérokinase de Pawlow. La *pancréatokinase* est une association de l'eukinase avec de la pancréatine.

Rien de plus aisé que de reproduire, avec l'eukinase, les expériences si saisissantes de Pawlow et de Delezenne, expériences qui mettent en pleine lumière la valeur du médicament nouveau. Ayons deux tubes à essai dans chacun desquels nous aurons déposé un cube volumineux de blanc d'œuf cuit, mesurant 8 à 9 millimètres de côté. Dans un de ces tubes, nous mettrons un peu de suc pancréatique pur, recueilli par une fistule appropriée chez un animal en parfaite santé.

Dans le deuxième tube, nous mettrons une quantité égale de même suc, et nous y ajouterons *une trace d'eukinase*. Les deux tubes seront placés dans une étuve à la température du corps : 37 à 40°. L'attaque du blanc d'œuf, dans chacun d'eux, nous permettra de comparer l'intensité du pouvoir digestif de leurs contenus. Or, une telle expérience montre constamment ceci, avec une netteté, une précision parfaites :

1er tube. — Suc pancréatique seul : digestion *extrêmement lente* (Pawlow), ou même *nulle*, si le suc pancréatique est parfaitement pur (Delezenne).

2e tube. — Suc pancréatique eukinase : digestion *extrêmement rapide et parfaite*. En 24 à 36 heures, le bloc d'albumine, si énorme quand on le compare à une pareille masse alimentaire, est dissous, peptonisé.

L'expérience que nous venons d'indiquer, et dont vous voyez le résultat dans les deux tubes que voici, est tellement frappante que la découverte de Pawlow n'a souffert et ne saurait souffrir, de la part des physiologistes, aucune contestation.

Des données de cette importance, confinées jusqu'aujourd'hui dans le domaine de la physiologie pure, ne doivent-elles pas désormais pénétrer dans celui de la pathologie et de la thérapeutique ? La logique l'exige.

Si le suc pancréatique joue, dans l'ensemble de la digestion, le rôle essentiel que tout le monde reconnait ; si, d'autre part, les substances élaborées par la muqueuse intestinale, au lieu du rôle trés secondaire qu'on leur avait attribué jusqu'à présent, revendiquent désormais une part de premier ordre dans la mise en œuvre des ferments pancréatiques, il faudra, de toute évidence, suppléer chimiquement à l'insuffisance fonctionnelle de la muqueuse, toutes les fois que celle-ci sera sérieusement lésée ou troublée dans sa vitalité. Qu'on veuille bien considérer que le pancréas, à cause de sa situation anatomique, est beaucoup moins exposé que la muqueuse intestinale à l'agression des bactéries, ainsi qu'aux offenses physiques ou chimiques les plus diverses, et l'on comprendra qu'*a priori*, le suc entérique doive se trou-

ver, plus souvent que le suc pancréatique, altéré plus ou moins dans sa composition, dépourvu plus ou moins de la propriété fondamentale que la physiologie lui découvre.

En apportant au milieu intestinal le ferment nécessaire, l'eukinase n'assurera-t-elle pas, en pareil cas, la digestion compromise ?

De cette simple considération ressort l'opportunité d'un tel médicament dans les *affections diverses de l'intestin*, aiguës et chroniques, soit primitives en apparence, soit secondaires à diverses maladies infectieuses. Les *dyspepsies intestinales* constituent, logiquement, des indications formelles pour la médication dont il est question ici. Il est fâcheux que ces dyspepsies, fréquentes à coup sûr, soient souvent méconnues ou confondues avec des dyspepsies gastriques concomitantes, parce que les symptômes qui les traduisent ne leur appartiennent pas toujours en propre de façon immédiatement manifeste : météorisme, malaise ou douleur abdominale, irrégularité ou caractères anormaux des garde-robes, phénomènes éloignés tels que troubles nerveux, résultant d'une intoxication prolongée, troubles hépatiques relevant d'une altération secondaire du foie, perversion de la nutrition générale causée par une résorption de toxines ou une insuffisance de l'assimilation.

L'eukinase apparaît, en définitive, comme l'*eupeptique intestinal* le plus rationnel : elle permet ou facilite l'utilisation du suc pancréatique. Nous avons constitué, en outre, un autre produit, qui n'est pas seulement eupeptique, mais qui est *puissamment digestif :* c'est une association de la pancréatine avec l'eukinase. Nous l'appelons, par abréviation, *pancréatokinase.* Celle-ci remplit évidemment toutes les indications que l'on reconnaît à la pancréatine, et elle les remplit de façon beaucoup plus parfaite.

Pour éviter que l'eukinase ne soit altérée par la traversée de l'estomac, nous avons, après expériences appropriées, arrêté notre choix sur deux formes pharmaceutiques dont nous avons vérifié la résistance vis-à-vis du suc gastrique : ou bien le produit actif est inclus dans des capsules de gluten, ou bien il est incorporé à

une pâte de gluten, que l'on réduit, après dessiccation, en une sorte de granulé. Sous cette dernière forme, il est particulièrement facile d'administrer l'eukinase ou la pancréatokinase aux enfants, chez lesquels précisément les entérites sont si fréquentes.

II. — *Note sur la préparation de l'argent colloïdal*,

par MM. Danlos
Médecin de l'hôpital Saint-Louis,

et A. Cothereau,
Interne en pharmacie à l'hôpital Saint-Louis.

Depuis quelque temps déjà, on emploie en Allemagne, sous le nom de collargol, un produit lancé dans la thérapeutique par Cresdé, de Dresde. Ce corps n'est qu'une modification allotropique de l'argent, signalée la première fois par Carey Lea, et possédant la remarquable propriété d'être complètement soluble dans l'eau.

Le produit que nous présentons semble posséder les mêmes propriétés que le collargol allemand. Nous l'avons obtenu par un procédé sensiblement analogue à celui qui est indiqué dans le *Dictionnaire de Chimie* de Würtz (2e supplément), à propos des modifications allotropiques de l'argent. Il repose sur la réduction d'une solution de nitrate d'argent par le citrate ferreux.

Notre mode opératoire est le suivant :

1° Prendre 100 grammes d'acide citrique, les dissoudre dans de l'eau distillée et saturer avec de l'ammoniaque jusqu'à coloration de la phtaléine. Compléter à 500 cc. avec de l'eau distillée ;

2° Faire une solution avec 186 grammes de sulfate ferreux ammoniacal et eau distillée quantité suffisante pour 500 cc. ;

3° Mélanger les deux solutions précédentes ; étendre avec 1 litre et demi d'eau distillée environ et verser dans la liqueur,

par petites parties, en agitant constamment, 100 cc. d'une solution de nitrate d'argent cristallisé à 20 p. 100.

Il se forme un précipité rouge-brun à reflets ardoisés qu'on laisse déposer. La liqueur surnageante étant décantée, le précipité est jeté sur un appareil à filtration rapide, lavé avec une petite quantité d'eau, puis essoré. Ces différentes manipulations doivent être faites assez rapidement pour éviter le plus possible l'action de la lumière et surtout celle de l'air qui insolubiliseraient en partie le produit. Le précipité recueilli est ensuite soumis à la dessiccation dans le vide, au-dessus de l'acide sulfurique et à l'abri de la lumière ou séché à l'étuve à 50°.

Le produit ainsi obtenu, comme le collargol allemand, se présente sous l'aspect de petites masses à reflets métalliques d'autant plus brillants que la dessiccation a été effectuée à l'abri du contact de l'air. Il renferme 97 p. 100 d'argent avec des traces de fer et d'acide citrique. Il est complètement soluble dans l'eau et les solutions ne traversent pas le septum du dialyseur ; d'où le nom d'argent colloïdal sous lequel on le désigne le plus souvent. Les acides précipitent les solutions en séparant le métal. Calciné, il se transforme en argent ordinaire. Enfin le brome, le chlore et l'iode en solution donnent des précipités de bromure, chlorure et iodure d'argent.

En opérant ainsi qu'il a été dit plus haut, on retire environ 80 p. 100 de l'argent du nitrate à l'état d'argent colloïdal. Il est facile de récupérer le métal restant dans les eaux-mères, par la dialyse, par exemple, et de le transformer en nitrate qui pourra servir dans une opération ultérieure.

Communications.

I. — *Traitement abortif des furoncles par une solution concentrée d'iode dans l'acétone,*

par MM. PAUL GALLOIS et COURCOUX.

Un de nos amis, ayant un furoncle du conduit auditif externe, nous demanda de le traiter par des applications d'un liquide

noirâtre qu'il nous présenta. Il en ignorait la composition, mais ce remède, imaginé, paraît-il, par un ingénieur, avait grande réputation parmi les anciens élèves de l'École centrale. Ne voulant pas utiliser un médicament que nous ne connaissions pas, nous priâmes le pharmacien qui l'avait préparé, M. J. Faure, de vouloir bien nous dire en quoi il consistait. M. Faure, avec la plus grande obligeance, nous apprit qu'il s'agissait d'une solution d'iode dans l'acétone, l'acétone ayant la propriété de dissoudre environ quatre fois plus d'iode que l'alcool. Il nous autorisa, en outre, à publier cette formule si nous le désirions.

Le traitement que notre ami demandait d'appliquer n'était donc qu'une variante du traitement abortif classique des furoncles par la teinture d'iode. Les probabilités étaient même que le médicament nouveau serait plus actif que l'ancien. Les résultats obtenus chez notre malade ayant été satisfaisants, nous nous proposâmes d'expérimenter en grand la méthode dans le service de M. le professeur Chantemesse. Les typhiques présentent, en effet, fréquemment des éruptions acnéiques et furonculeuses abondantes, lesquelles donnent lieu parfois à des abcès et à des pertes de substances souvent assez étendues. La tradition dans le service était précisément de traiter ces boutons par des applications de teinture d'iode.

Comme la teinture d'iode contient 1 gramme d'iode métallique pour 12 grammes d'alcool, nous priâmes le pharmacien de service, M. Philippe, de nous faire une solution à 4/12 d'iode dans l'acétone. M. Philippe parvint facilement à faire une solution un peu plus concentrée dans les proportions suivantes :

Iode métallique..........................	4 gr.
Acétone.................................	10 »

Tandis que l'iode se dissout assez lentement dans l'alcool, il se dissout presque instantanément, même à cette dose, dans l'acétone. Le liquide obtenu a sensiblement l'apparence de la teinture d'iode ordinaire : consistance semblable, coloration presque identique. Mais peu à peu ses caractères changent. Au bout d'une quinzaine de jours, la solution devient noire et sirupeuse, elle

rappelle alors assez bien l'apparence de la liqueur de cassis. Il s'est très certainement effectué entre les deux substances des combinaisons. Il résulte des recherches de MM. Clermont et Chautard (*Bull. de la Soc. de Chimie*, t. XLIII, p. 614) que l'iode, même à froid, donne avec l'acétone un composé défini, la monoiodacétone, avec production d'acide iodhydrique. La réaction peut se représenter de la façon suivante :

$$2I + C^3H^6O = C^3H^5IO + HI$$

iodo acétone monoiodacétone, acide iodhydrique.

La monoiodacétone brunit fortement à la lumière. Dans l'action de l'iode sur l'acétone il se forme aussi de la diiodo-acétone $C^3H^4I^2O$ dont la proportion doit augmenter quand on conserve longtemps la dissolution d'iode dans l'acétone.

En effet, si au moment où l'on a dissous l'iode dans l'acétone, on verse la dissolution dans un verre à expérience, on se rend compte facilement que la combinaison n'est pas effectuée. Car si l'on agite le mélange, les portions de liquide qui s'étalent sur les parois du verre s'évaporent aussitôt, laissant un dépôt de cristaux d'iode ayant un peu l'apparence du givre. Si l'on fait la même expérience avec une solution datant de quinze jours, le liquide sirupeux et noirâtre qui se répand sur les parois du verre se dessèche plus lentement et se transforme en une sorte d'enduit uniforme dans lequel on ne retrouve aucune trace de cristallisation. Quand on applique avec un pinceau la solution fraîche sur la peau, elle y produit une tache, comparable à celle de la teinture d'iode, sur laquelle on peut voir se former également du givre d'iode. La solution vieille se transforme sur la peau en un vernis noir. Il nous a semblé que la solution fraîche était moins maniable et plus irritante pour la peau que la solution vieille, contrairement à ce qui se passe pour la teinture d'iode qui devient au contraire plus caustique en vieillissant.

Voici comment nous procédons. Nous enroulons un flocon de ouate autour d'une baguette de verre ou de bois, une simple allumette peut suffire. Nous trempons le petit tampon ainsi constitué

dans la solution d'iodacétone et nous le portons au contact de chaque bouton acnéique ou furonculeux, de façon à le faire disparaître sous le vernis noirâtre. Si, à ce niveau, l'épiderme est intact, l'application de l'iodacétone n'est pas douloureuse; si le furoncle est déjà ouvert, ce médicament provoque une cuisson assez vive qui se calme assez rapidement.

L'action de l'iodacétone sur les furoncles est notablement plus puissante que celle de la teinture d'iode ordinaire. En général, la plupart des furoncles ainsi traités se trouvent éteints dès le lendemain et une nouvelle application n'est pas nécessaire. La peau garde, en effet, une couleur brune plus ou moins foncée; il reste à sa surface comme une réserve d'iode qui n'a pas été utilisée. L'absorption du médicament semble réglée par le degré de congestion des tissus enflammés. Lorsque, sans être ouvert, le bouton présente à son sommet une petite pustule, l'application de l'iodacétone la dessèche souvent d'un jour à l'autre et transforme la goutte de pus en une croûtelle qui se détache les jours suivants. Quand au bout de vingt-quatre heures un bouton se montre encore rouge et enflammé, la première application n'a pas été suffisante, il faut la renouveler. Dans ce cas, si le furoncle est un peu volumineux, il est préférable de circonscrire le foyer infectieux par une couronne d'iodacétone qui devra empiéter même sur les tissus sains qu'elle semble rendre réfractaire à l'envahissement microbien. Le furoncle lui-même sera touché très légèrement à son centre, même s'il est ouvert et suppurant. Il va de soi que l'on a d'autant moins de chances de faire avorter une lésion que celle-ci est plus ancienne et plus profonde. Il importe donc chez un malade atteint de furonculose d'être à l'affût des clous nouveaux qui se prépareraient et d'appliquer l'iodacétone sur les moindres menaces de boutons.

L'iodacétone a une action incontestablement plus puissante que la teinture d'iode. Mais elle a les inconvénients de ses avantages : elle est aussi plus caustique et doit être maniée plus prudemment. Elle peut parfois provoquer une petite phlyctène. Ordinairement, la vésicule ainsi produite se dessèche sans se

rompre et n'a pas de gravité. Parfois cependant, elle se dessèche et laisse à sa place une légère exulcération. Ce petit accident s'observe chez des sujets particulièrement sensibles et surtout dans les régions où la peau est fine, comme dans le creux de l'aisselle, par exemple. Il faut, dans ces cas, employer la solution très légèrement. Souvent, il suffit d'effleurer à peine les petits abcès tubéreux avec la pointe du pinceau de ouate ; l'application est très suffisante, surtout si elle est faite au début de la lésion. D'autre part, il faut savoir que l'iodacétone déposée sur les bourgeons charnus d'un furoncle ouvert peut produire une douleur très vive. Il serait bon, dans ce cas, de cocaïner la plaie à l'avance, surtout si l'on a affaire à un sujet douillet ou pusillanime.

Enfin chez une de nos malades nous avons eu des accidents d'iodisme caractérisés par de la céphalalgie, du coryza et un érythème papuleux généralisé. Mais l'un de nous a vu un accident analogue se produire chez un malade atteint d'ecthyma qui fut traité avec la teinture d'iode ordinaire : cet accident n'est donc pas spécial à l'iodacétone, mais il est probable qu'il aura plus de chances de se produire avec ce médicament qu'avec la teinture d'iode.

Ces inconvénients, peu graves en somme, sont largement compensés par l'efficacité plus grande du médicament. Celle-ci a été si manifeste que M. Chantemesse en reprenant son service a continué à se servir de notre solution d'iode dans l'acétone et qu'il nous a engagé à faire connaître ce procédé thérapeutique. Mais, pour le moment au moins et en attendant que le public soit familiarisé avec ce nouveau produit, il sera prudent de ne pas en confier l'emploi au malade ou à son entourage ; le médecin doit s'en réserver le maniement.

II. — *Solubilité de l'iode dans la glycérine*, par M. CATILLON.

La communication que M. Gallois vient de nous faire m'amène à vous entretenir aujourd'hui d'un sujet connexe que je me pro-

posais de traiter un peu plus tard, en offrant à la Société un travail en cours de publication.

L'acétone est le plus puissant dissolvant de l'iode, puisqu'il en dissout la moitié de son poids et même davantage.

J'ai reconnu à la glycérine un pouvoir à peu près équivalent, contrairement à ce qu'on croyait jusqu'ici. Le Codex dit qu'un gramme d'iode se dissout dans 52 gr. 63 de glycérine et depuis quarante ans, tous les ouvrages reproduisent ce chiffre, extrait de la thèse de M. Surun. Le Codex rapporte encore les solubilités à la glycérine à 28°, densité 1.242, et j'opère avec la glycérine pure à 30°, densité 1.260; mais cela ne suffit pas à expliquer la différence énorme que je vais signaler.

Voici, en effet, une solution limpide d'une partie d'iode dans trois parties de glycérine et j'ai pu effectuer la dissolution d'un gramme d'iode dans 2 grammes de glycérine. Nous sommes loin de compte.

On n'obtient pas ces solutions concentrées par simple macération. La glycérine n'attaque pas l'iode comme l'acétone, ni même comme l'alcool, sa viscosité est un obstacle; mais, si on lui présente l'iode dissous dans l'alcool ou dans l'acétone et qu'on évapore, à basse température, ces dissolvants volatils, elle retient l'iode parfaitement dissous dans la proportion que j'indique ci-dessus.

J'opère aussi la dissolution directement en chauffant le simple mélange d'iode et de glycérine pure, en vase clos, entre 120 et 150°.

Cette solution présente la couleur et l'odeur franche de l'iode.

Ce n'est pas, comme la solution huileuse, un éther iodé incolore; il ne se dégage pas de vapeurs irritantes d'acide iodhydrique et autres comme il arrive quand on fait dissoudre l'iode dans l'acétone; aucune réaction ne se manifeste, et je crois, jusqu'à preuve du contraire, que l'iode y subsiste en nature, car il se sépare abondamment, en cristaux par sublimation, ou à l'état pulvérulent par addition d'eau.

On peut donc obtenir, sans l'intervention de l'iodure de potassium, qui change la nature du produit, des solutions glycérinées

d'iode à tous les degrés de concentration, depuis la caustique jusqu'à l'anodine.

Je n'ai aucune donnée sur le parti qu'on peut en tirer; mais il semble qu'elles peuvent être utiles si l'on considère que la glycérine facilite la tolérance de l'iode et que l'on a depuis longtemps recommandé de l'associer à la teinture quand on doit l'appliquer sur une peau délicate et particulièrement chez les enfants.

En outre, la glycérine favorise l'absorption de l'iode. C'est une conclusion très nette de la thèse faite, par le Dr Ménager, dans le service de M. Jules Simon où l'on appliquait sur la peau des enfants un mélange à parties égales de glycérine et de teinture d'iode.

La solution glycérinée doit être préférable à la teinture d'iode, quand on veut agir sur les parties profondes et quand on veut une action moins vive et plus prolongée. La glycérine s'oppose à l'évaporation et ne provoque pas l'irritation comme l'alcool.

M. Gallois. — Je ne sais si, dans le cas particulier de la furonculose, la glycérine iodée serait préférable à l'iodacétone. Elle mettrait sans doute trop de temps à sécher et risquerait ainsi d'être enlevée au moindre frottement.

Discussion.

FIXATION DE LA RATION ALIMENTAIRE

I. — *Impossibilité de fixer une ration d'entretien uniforme,*

par le Dr F. Deléage.

L'étude de la ration alimentaire normale doit être faite : 1° à l'état de santé; 2° à l'état de convalescence ; 3° à l'état de maladie. Or, le régime, même envisagé sous le rapport exclusivement de la quantité (bien qu'il me paraisse difficile d'établir un régime en quantité sans tenir compte de la qualité), doit, à l'état

de santé, différer suivant les individus et suivant un certain nombre de circonstances, comme il doit différer suivant le malade et suivant la maladie.

A l'*état de santé*, la quantité des substances nutritives nécessaire à entretenir l'équilibre physiologique présente des différences inhérentes à l'organisme du sujet, à son âge, à son sexe, à son état de maigreur ou d'adiposité, au travail auquel il est soumis, au climat, aux influences thermométriques, etc. Chez un même individu, cette quantité variera suivant ces diverses conditions.

De ces données et de l'expérience, il résulte que le même régime en quantité ne peut être institué pour tous les sujets, que l'on ne peut se baser exclusivement sur la taille, sur le poids physiologique et sur le taux d'équivalents en calories devant être fournis par l'alimentation, pour fixer un régime normal. Cette dernière appréciation doit venir en tête, mais elle ne peut servir, à elle seule, de base à la fixation du régime. Celui-ci ne saurait être le même chez le cultivateur et chez le forgeron que chez l'écrivain ou l'oisif, chez le vieillard que chez l'enfant ou l'adulte, chez la femme que chez l'homme, chez l'habitant des tropiques que chez celui des pays froids, etc. Il doit y avoir des différences en quantité comme en qualité dans l'alimentation. MM. Barbier et Linossier ont insisté sur ces faits, qui sont bien connus, et sur lesquels il semble qu'on ne devrait pas avoir besoin de revenir.

Il ressort des discussions qui ont eu lieu dans les séances précédentes que la ration considérée comme normale est trop élevée; mais nous ne devons pas oublier que cette ration a été établie par des auteurs observant dans un autre pays que le nôtre, et que, si cette ration, équivalente à 38 calories et 1 gr. 50 d'albumine par kilogramme, est trop forte pour les sujets oisifs, sédentaires, ou exerçant des professions qui n'exigent pas un travail corporel un peu considérable, cette ration n'est peut-être pas exagérée pour des travailleurs de la terre, de l'usine, etc. Cet excès se rapporte surtout aux classes aisées, aux sujets à vie plus

ou moins sédentaire ; il est, assurément, le plus souvent, l'origine des maladies de la nutrition.

Il est certain que l'on préviendrait la plupart de ces maladies, si l'on soumettait l'enfant, surtout l'enfant héréditairement prédisposé, à un régime peu azoté, de même qu'on les atténuerait chez l'adulte. Mais il n'est pas besoin de calculs de calories dans la pratique ; il n'est pas besoin d'appliquer à l'organisme humain les principes que règlent la consommation et le travail de la machine industrielle (ce qui est une utopie), pour combattre les abus d'une alimentation trop riche. Il suffirait que tout le monde eût la conviction que la condition *sine qua non* de la bonne santé est la sobriété, que chacun mit en pratique le vieil adage : « Nous « devons manger pour vivre et non vivre pour manger. » D'ailleurs, dès l'école primaire, ne nous a-t-on pas appris que l'on doit sortir de table avec la faim ?

Je viens de prononcer le mot utopie, et je vais le justifier. L'absorption azotée et l'élimination azotée sont corollaires, a-t-on dit. Cela est vrai le plus souvent, mais non toujours ; l'élimination de l'urée varie suivant l'intégrité ou les modifications fonctionnelles de différents organes, en tête desquels vient le foie. Sans m'étendre sur l'hyper ou l'hypoazoturie d'origine hépatique, ce qui m'entraînerait en dehors de la question, en n'envisageant que le sujet en bonne santé, mon avis est que (la ration devant varier suivant un certain nombre de circonstances chez le même individu), pour établir d'une façon précise le régime normal en quantité, il serait nécessaire de le baser sur les analyses des sécrétions et des excrétions, expressions des échanges nutritifs. Les conditions de notre genre de vie, de la dépense physiologique, etc., variant presque chaque jour, en tout cas très fréquemment, il serait nécessaire de faire des analyses minutieuses, presque journalières des excrétions, afin d'établir notre bilan nutritif et de modifier le régime en quantité, comme en qualité, suivant ces données : or, des recherches minutieuses et aussi répétées entreront aussi difficilement dans nos mœurs, que l'habitude d'avoir à table une balance chargée de peser chacun

de nos aliments, et des tableaux destinés à nous faciliter les calculs des équivalences en calories pour chaque aliment et pour les préparations auxquelles il aura été soumis.

A l'état de maladie chronique, et en envisageant ce qui se passe dans certaines affections gastriques, ce serait, à mon avis comme à celui de M. Mathieu, une grande faute de croire que le besoin de manger est un facteur négligeable et dont on ne doit tenir aucun compte pour l'institution du régime. M. Mathieu a développé devant nous, dans la dernière séance, les idées que j'avais l'intention d'exposer.

Dans certains cas, la sensation de faim fournit des indications qu'il importe de ne pas méconnaitre. Si l'on donne à un hyperchlorhydrique peu avancé, latent pour ainsi dire, une alimentation azotée ou albuminoïde insuffisante pour calmer la faim et pour saturer l'hyperacidité stomacale, ou si l'on espace trop les repas, on verra les douleurs et les symptômes de l'hyperchlorhydrie se produire avec une intensité plus grande, et l'amaigrissement s'accentuer parfois rapidement. Ce qui importe dans ces cas, que je prends comme type, ce n'est pas de trop diminuer la ration alimentaire, c'est de réglementer les repas, c'est de fixer les règles de la diététique en éliminant les aliments nuisibles.

On pourra objecter qu'il est facile de maintenir la ration physiologique en soumettant le malade au régime lacté. Mais cela est loin d'être toujours possible; nombreux sont les dyspeptiques, même hyperchlorhydriques, dont le suc gastrique est pauvre en lab-ferment et qui tolèrent très mal le lait, tandis que ces malades sont améliorés par la viande rapée, la poudre de viande, les œufs crus, les farineux en purée, etc. Le régime lacté nous montre, de plus, que ce serait une faute que de vouloir, d'après le nombre de calories fournies par un aliment, établir un régime en quantité permanent. Ainsi, la ration d'un homme de 65 kilog. devrait, d'après Munk et Ewald, équivaloir à 2.470 calories; ce taux peut être fourni par 3 litres 677 de lait, contenant 122 gr. 44 d'albumine, chiffre supérieur à celui indiqué comme normal par Munk et Ewald. Or, je doute qu'un homme, surtout un homme se

livrant à un travail un peu fatigant, puisse longtemps s'en tenir à cette ration sans que ses forces diminuent.

Quant aux diabétiques, il est certain que le régime exclusivement carné les expose à des dangers sérieux. Mais devons-nous en conclure à la nécessité de réduire leur ration alimentaire? L'expérience m'a montré qu'il n'en est pas toujours ainsi. Chez certains diabétiques pléthoriques, obèses, on voit en effet une amélioration à tous les points de vue survenir après la diminution de la ration alimentaire; mais d'autres, en maigrissant, voient leurs tissus devenir flasques, leurs forces diminuer. Ce qui importe chez les diabétiques gras, azoturiques, ce n'est pas de les rationner au point de vue de la quantité d'aliments, de les faire jeuner, c'est de diminuer les aliments azotés, mais de compenser par une alimentation convenable la déperdition de calories équivalant à la déperdition en glucose.

Une question effleurée par M. Bardet est celle relative à l'emploi du sucre comme aliment. Bien que cette substance soit le plus parfait calorigène, je crois qu'elle ne doit entrer dans notre alimentation, à une dose élevée, qu'à titre exceptionnel, comme stimulant, lorsque nous avons à fournir une dose élevée de travail physique. Nous ne saurions remplacer habituellement une partie de nos aliments par le sucre sans que certains de nos organes, tels que l'estomac et le foie, n'en soient défavorablement influencés. Que le sucre soit, si l'on veut, l'avoine de l'homme; là doit se borner son rôle. Je conclus :

Pour l'institution de la ration alimentaire en quantité, on ne peut se baser sur des données immuables. Comme pour les médicaments actifs, il est nécessaire de tâter, pour ainsi dire, la susceptibilité individuelle; c'est seulement lorsqu'on est arrivé, par les examens des excrétions, par le maintien du poids corporel à son chiffre normal, à trouver l'équilibre entre l'acquit et la dépense, à établir le bilan des échanges nutritifs, que l'on peut fixer d'une manière approximative chez un individu la ration alimentaire moyenne. Et encore cette ration doit-elle être modifiée suivant un certain nombre de conditions.

II. — *Sur un nouveau mode d'administration de l'huile de chaulmoogra,*

par M. H. Danlos.

Bien que je croie nouveau le procédé dont je vais dire quelques mots, je n'oserais affirmer que personne avant moi n'en ait eu l'idée.

> *Il faut être ignorant....,*
> *Pour se vanter de dire une seule parole que personne,*
> *Ici-bas, n'ait pu dire avant vous.)*

. . . . [illegible] je ne le suis, pas, ignorant

J'ajouterai simplement qu'en feuilletant les tables du *Jahresrukt* de Virchow et Hirsch, je ne l'ai pas vu mentionné.

Voici maintenant le fait. J'ai actuellement à Saint-Louis (pavillon Emery) une malade atteinte de lèpre anesthésique et en même temps d'intolérance gastrique pour l'huile de chaulmoogra. La dose très insuffisante de 2 grammes est supportée un ou deux jours, puis surviennent des vomissements et de l'embarras gastrique qui obligent à suspendre. Comme l'huile de chaulmoogra est à peu près le seul médicament qui, dans la lèpre, donne quelques résultats, j'ai dû chercher un autre mode d'administration, capable d'assurer à la fois la tolérance et l'emploi de doses véritablement actives. En souvenir d'un accident qui m'est arrivé il y a dix ans à la maison Dubois, je ne voulais pas recourir à la voie hypodermique. Le cas auquel je fais allusion est celui d'un Hollandais atteint de lèpre tuberculeuse et chez lequel l'intolérance de l'estomac m'avait déterminé à recourir aux injections. Je les faisais faire avec de l'huile de chaulmoogra stérilisée et mélangée dans la proportion d'un cinquième avec de l'huile stérilisée de Catillon. L'injection était faite tous les deux jours, et la masse injectée chaque fois était d'environ 30 grammes. Les huit premières injections se firent sans acci-

dent et sans que la douleur parût sensiblement plus vive que pour les injections créosotées de même volume. A la neuvième, le malade fut pris d'accidents emboliques; pâleur de la face, sueurs froides; cyanose et refroidissement des extrémités, pouls petit; toux sèche incessante, anxiété, etc. Grâce à quelques cordiaux, l'état s'améliora, le soir il y eut une forte poussée de température. Le lendemain l'orage était passé, mais ni le malade ni moi ne fûmes tentés de renouveler l'expérience. En raison de ce précédent, j'éliminai tout projet d'injections et je songeai à la voie rectale qui, pour l'administration de la créosote, donne de très bons résultats dans les cas d'intolérance gastrique.

Ces lavements, dont douze seulement ont été administrés, paraissent très bien supportés. On les prépare simplement en mélangeant à chaud dans une capsule 75 cc. de lait et 12 cc. d'huile de chaulmoogra. En battant le mélange avec une fourchette, l'émulsion se fait très bien. Elle serait naturellement plus parfaite en agitant en vase clos l'huile et le lait chauffés au bain-marie, mais le premier procédé semble suffisant. On administre le lavement après une évacuation alvine et par précaution la malade reste allongée deux ou trois heures. A la suite, aucune sensation douloureuse, le lavement est conservé et les garde-robes examinées le lendemain semblent indiquer que l'absorption a été complète, car leur aspect est normal sans apparence de lait ou de graisse. La tolérance ainsi obtenue continuera-t-elle et l'effet thérapeutique sera-t-il le même que par l'injection gastrique? Il est provisoirement impossible de donner une réponse définitive. Je crains de ne pouvoir suivre cette malade qui supporte péniblement le séjour à Saint-Louis; aussi ai-je cru devoir, plus tôt que je n'aurais voulu, porter le fait à la connaissance de la Société, pour que, le cas échéant, d'autres que moi puissent renouveler cette tentative et juger quelle peut être sa valeur thérapeutique.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le Secrétaire de service,
JOANIN.

BIBLIOGRAPHIE

Métrites et fausses métrites, avec 50 figures dans le texte, par M. Doléris, accoucheur de l'hôpital Boucicaut. 1 vol. in-8 de 588 pages. A. Maloine, éditeur, Paris, 1902.

Cet ouvrage est composé d'une suite de Mémoires dans lesquels la recherche scientifique, la discussion, la controverse même, animent singulièrement l'exposé et en rendent la lecture attrayante. Un certain nombre de ces Mémoires sériés sont bien connus, et la réimpression en a été réclamée. D'autres sont récents et complètent utilement les premiers; ce sont notamment la conséquence des traitements gynécologiques sur la grossesse et l'accouchement, les recherches sur les scléroses utérines.

Congrès français de médecine. Sixième session, Toulouse, 1902, t. I, Rapports : les médicaments d'épargne; l'insuffisance hépatique, l'hypoazoturie. 1 vol. in-8 de 241 pages. Éditeurs : Édouard Privat, à Toulouse, et Masson et Cie, à Paris, 1902.

C'est un livre qui ne s'analyse pas, mais où devront puiser ceux qui voudront se documenter sur les importantes questions qui s'y trouvent traitées.

Guide thérapeutique des infirmeries régimentaires, par M. H. Petit, médecin-major de 1re classe. 1 vol. in-16, Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1902.

Petit livre sans prétention qui sera surtout utile aux médecins appelés à accomplir une période dans les corps de troupe. On y trouve toutes les formules et tous les moyens de traitement que l'on peut appliquer avec les ressources, un peu limitées en médicaments et en matériel, des infirmeries régimentaires.

La Démence précoce, par MM. G. Deny et P. Roy. 1 vol. in-16 de 96 pages, avec figures. Baillière et fils, éditeurs, Paris, 1902.

Parmi les psychoses que l'on observe communément, sinon exclusivement chez les jeunes gens, il en est une qui, en raison de ses caractères spéciaux, de sa fréquence et de sa gravité, mérite de retenir particulièrement l'attention : c'est la démence précoce. Quoique signalée depuis plusieurs années, cette affection n'est pas encore admise comme entité clinique, les uns la considérant comme une manifestation tardive de la dégénérescence mentale, les autres comme une simple complication des diverses vésanies qui peuvent s'observer au moment de l'adolescence comme à toutes les autres périodes de la vie.

MM. G. Deny et P. Roy croient avec quelques auteurs français et étrangers que, malgré le polymorphisme de ses symptômes, la démence précoce

constitue une affection autonome, à évolution spéciale, qui doit être définitivement détachée du bloc des psychoses dites de dégénérescence et qui mérite d'occuper une place au moins aussi importante que la paralysie générale dans le cadre des maladies mentales.

Quoi qu'il en soit, en dehors du point de vue doctrinal et des controverses suscitées par l'apparition de cette nouvelle forme morbide, il y avait intérêt à vulgariser dès aujourd'hui cette notion de démence précoce, ce que MM. Deny et Roy ont fait aussi simplement et clairement que possible.

Manuel du diagnostic médical et d'exploration clinique, par MM. O. Seifert et E. Muller, traduit sur la dixième édition allemande par L. Marchand. 1 vol. in-8 de 316 pages, avec 87 figures et 1 planche. Éditeurs A. Uystpuyst, à Louvain, et O. Doin, à Paris, 1901.

Cet ouvrage est remarquable tout à la fois par la méthode et la précision et par le caractère rigoureusement scientifique et pratique de son exposé. Il est le résumé le plus complet de propédeutique basé sur les découvertes tout à fait récentes de la science.

Évitant les digressions ou les longues considérations théoriques souvent trop spéciales, les auteurs ont pu condenser dans un petit volume, non seulement les éléments de diagnostic, mais encore un grand nombre de notions indispensables d'anatomie et de physiologie. Ils l'ont rendu ainsi d'un secours précieux pour le médecin tant dans ses recherches que dans les examens cliniques.

La vogue justement méritée, dont jouit cet ouvrage en Allemagne, lui a permis d'atteindre un grand nombre d'éditions en très peu de temps. C'est la plus sûre garantie de sa valeur.

Guide et formulaire de thérapeutique, par M. V. Herzen, 2e édition, 1 vol. in-18 de 706 pages. J.-B. Baillière et fils, éditeurs, Paris, 1902.

A l'instar de sa devancière, cette édition présente comme qualités la concision, la clarté, l'utilité pratique. Mais en plus elle tient compte de la rénovation qui s'accomplit de nos jours dans les méthodes thérapeutiques et même suit le mouvement qui entraîne actuellement la médecine vers la chirurgie dans le traitement de nombreuses affections considérées jusqu'en ces dernières années comme de son ressort exclusif. Enfin, la plus large place a été faite aux médicaments nouveaux récemment introduits en thérapeutique.

Il a paru bien des formulaires depuis quelques années. Il n'en existe pas d'aussi pratiques que celui de M. Herzen, où il soit tenu compte dans une aussi large mesure des indications si variées qui peuvent se présenter dans le cours d'une même maladie.

Les Dilatations de l'estomac, par M. Maurice Soupault. 1 vol. in-18 de 96 pages. J.-B. Baillière et fils, éditeurs, Paris, 1902.

Contrairement à l'opinion longtemps accréditée qui voulait faire de la dilatation de l'estomac une sorte d'entité morbide, ou tout au moins un syndrome capital dominateur, raison principale ou cause première de

tous les phénomènes locaux ou généraux qui lui sont associés, il semble que cette affection, considérée en elle-même, ait un rôle assez effacé.

Elle apparait, en dernière analyse, comme un état secondaire dont la signification pathologique est étroitement subordonnée aux causes bien variables auxquelles elle ressortit. On peut dire, en d'autres termes, que le diagnostic de dilatation d'estomac est dépourvu de sens, si on n'y adjoint pas un sous-titre explicatif qui en précise bien nettement la signification.

C'est en partant de ces données que M. Soupault expose l'histoire non pas de la *dilatation*, mais des *dilatations* de l'estomac dont il existe des types nombreux individualisés par leurs causes, leur évolution clinique et leur méthode de traitement.

CORRESPONDANCE

A la suite de la publication dans la *Presse médicale* du discours prononcé au Congrès du Caire par M. le professeur Bouchard, la lettre suivante a été adressée à ce journal par M. Albert Robin :

« Je viens de lire dans la *Presse médicale* du 31 décembre le discours prononcé par M. Bouchard au Congrès du Caire, discours en lequel il salue l'aurore d'une thérapeutique nouvelle dont il serait l'inventeur et qui se résume en la phrase suivante :

« J'ai eu la pensée que, dans les maladies locales comme aussi dans les maladies générales qui se localisent, si une médication générale exerce une action spécifique curative, on pourrait limiter l'administration du remède exclusivement au tissu qui est atteint; qu'on pourrait tenter le traitement en injectant dans le lieu affecté le médicament qui se montre efficace quand on le répand dans toute l'économie.

« Il m'est fort agréable de voir un savant de la valeur de M. Bouchard faire siennes des idées qui font la base de mon enseignement depuis de longues années, que j'ai exposées, en 1895, dans mes *Leçons de thérapeutique* à l'hôpital de la Pitié, et reprises dans mon *Traité des maladies de l'estomac* (1900). Mais il m'est permis de m'étonner que M. Bouchard ait négligé, sinon de m'en attribuer la priorité, du moins de citer les travaux faits avant les siens et qui ont inauguré cette tendance nouvelle de la thérapeutique.

« Je vous demande la permission de reproduire ici le passage de mon *Traité des maladies de l'estomac* où j'expose cette thérapeutique fonctionnelle locale à propos du traitement des dyspepsies (p. 269) :

« On peut atteindre le but de deux façons, soit par des moyens qui agissent par l'intermédiaire des centres nerveux et circulatoires, soit par des médicaments dont l'action, purement locale, s'exerce uniquement sur la circulation et l'innervation de la muqueuse gastrique. Quels que soient les médicaments employés, à la première façon répondent les hautes doses ne produisant d'effet qu'après absorption, pénétration dans la circulation générale et influence exercée sur les centres. A la seconde façon correspondent les doses faibles, qui ne déterminent que des phénomènes locaux, pour ainsi dire, par simple contact avec la muqueuse stomacale. En d'autres termes, on peut procéder par médication générale ou par médication locale, par médication centrale ou par médication périphérique.

« Cette thérapeutique, nouvelle en soi, suscitera nécessairement de nombreuses objections, sinon des dénégations. Ceux qui mettent toute la maladie dans la lésion matérielle et sont habitués à combattre celle-ci avec des doses médicamenteuses massives tiendront les doses minimes pour illusoires. Ce n'est point ici le moment de rechercher les objections et d'y répondre. Je me contenterai de dire que notre unique but est de modifier un trouble fonctionnel et qu'un trouble de la fonction, étant d'ordre purement dynamique, est modifiable par des actions souvent presque insaisissables, témoin les modifications des échanges sous l'influence de doses médicamenteuses infimes; qu'on peut inhiber un centre nerveux par des actions d'apparence insignifiante exercées sur l'extrémité des nerfs périphériques; qu'on fait contracter une veine en injectant à côté d'elle quelques gouttes d'une solution d'*ergotine*, et qu'enfin il suffit quelquefois d'une à deux gouttes de *laudanum* pour arrêter des vomissements et de 0 gr. 20 de *bicarbonate de soude* pour exciter la sécrétion de l'acide chlorhydrique dans l'estomac. Voilà des exemples pris au hasard qui démontrent le bien fondé de cette thérapeutique fonctionnelle locale. Elle n'est encore qu'à ses débuts; mais, si l'on en juge déjà par ses résultats, elle est destinée à un grand avenir. »

« Veuillez, je vous prie, insérer cette lettre dans votre prochain numéro et agréer l'expression de mes sentiments les plus distingués. « ALBERT ROBIN. »

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Maladies de la peau.

Traitement de l'eczéma. — Dans le traitement de l'eczéma, on peut distinguer trois indications (KROMAYER, *Münchener med. Woch.*, n° 6, 1901) :

1° *Mise au repos de la peau* en la protégeant contre les atteintes tant d'origine externe qu'interne, au moyen de poudres, pommades, etc.

2° *Suppression des altérations chroniques des tissus.* — Il faut, pour les combattre, avoir recours aux substances réductrices, soufre, savon vert, pyrogallin, chrysorabine, etc.

3° *Cautérisation des points où siège l'inflammation aiguë* (vésicules, suintement). — Hébra recommandait dans l'eczéma rénitent la solution potassique. C'est dans le même sens qu'agit le savon vert.

Néanmoins la cautérisation est peu répandue et cela pour deux raisons :

1° Il n'est pas facile de dire exactement le moment précis où il faut l'employer et l'énergie nécessaire. Ceci varie avec chaque eczéma ;

2° Appliquée mal à propos, la cautérisation peut aggraver l'eczéma.

Le médecin praticien a besoin d'un caustique qui ne puisse être nuisible, alors même que l'indication n'est pas rigoureuse. Le lenigallol remplit ces indications.

Le lenigallol est le triacétate de l'acide pyrogallique. C'est une poudre blanche, cristallisée, et contrairement à l'acide pyrogallique insoluble dans l'eau. Au contact de la peau enflammée, il se décompose en acide pyrogallique et agit par lui.

Depuis 3 ans, M. Kromayer a employé le lenigallol dans plus de 600 cas. Aucun médicament ne lui a donné d'aussi bons résultats.

Les avantages du lenigallol sont :

1° Son insolubilité et la faculté de rester au contact de la peau normale sans se décomposer. Par suite il n'irrite pas la peau. On peut toucher la peau avec une pâte de lenigallol à 50 p. 100 sans provoquer aucune irritation de la peau. C'est là un gros avantage, car tous les médicaments réducteurs ordinairement employés irritent la peau saine et peuvent l'enflammer;

2° En présence d'une peau avec lésions inflammatoires chroniques, le lenigallol se décompose lentement, si bien qu'il agit par le pyrogallol sans avoir l'action irritante de ce médicament;

3° Partout où la couche épithéliale est perdue, au niveau des vésicules, des pustules, du ramollissement épidermique des croûtes, le pyrogallol se dégage énergiquement du lenigallol et sur tous ces points se produit une cautérisation limitée et efficace.

Enfin le lenigallol est absolument sans aucun danger.

Pour toutes ces raisons, M. Kromayer a donné la préférence à ce médicament. Il l'emploie avec les formules suivantes :

1°	Lenigallol	20 gr.
	Pâte de zinc	80 »
	M. P. Pour faire une pâte homogène.	

La pâte de zinc peut être formulée :

	Oxyde de zinc	ââ 1 partie.
	Amidon	
	Vaseline jaune	2 parties.
2°	Lenigallol	10 gr.
	Huile de cade	5 »
	Pâte de zinc	85 »
3°	Lenigallol	10 gr.
	Onguent Wilkinson	90 »

L'onguent de Wilkinson a pour formule :

Huile de cade	10 gr.
Soufre précipité	20 »
Savon vert	5 »
Pâte de zinc	65 »

Maladies vénériennes.

Quelques questions fondamentales concernant le traitement de la syphilis. — Le traitement commencé dès l'apparition du chancre est, pour M. Heuss (*Corr. Bl. f. Schw. Aertze*, 1901, n. 6, et *Rev. de thér.*, M. C.), quoique justifié théoriquement, irrationnel, inutile, nuisible même.

Jamais on n'est parvenu, par ce traitement, à empêcher l'apparition des accidents secondaires ou tertiaires. Dans un cas observé par Heuss lui-même, un traitement aussi radical que possible, c'est-à-dire l'excision d'une petite plaie du frein, chez un sujet ayant eu, *dix heures avant*, des rapports avec une femme présentant des plaques muqueuses, n'empêche pas l'apparition, dix semaines après l'intervention, d'une roséole caractéristique et des accidents classiques ultérieurs.

L'auteur n'est pas partisan du traitement continu avec courtes périodes de repos : cette pratique n'est pas indifférente pour l'organisme et ne met à l'abri ni de récidives ni d'accidents tertiaires. En tout cas, la première règle doit rester celle-ci : il faut soigner le syphilitique et non la syphilis, se garder de toute médication systématique et uniforme pour tous les cas, et ne pas se croire obligé de traiter généralement tous les accidents qui peuvent apparaître au cours de la maladie.

Traitement de la blennorrhagie par les irrigations chaudes d'eau salée. — Un chirurgien américain, M. Woodruff, quelque peu sceptique à l'égard des méthodes microbicides, dit le *Lyon médical*, s'est demandé si les bons effets des injections n'étaient pas dus simplement à l'action mécanique du courant de liquide, qui débarrasse la muqueuse de l'urètre des gonocoques et des toxines. Une série d'essais institués comparativement avec de l'eau pure et avec des solutions de sublimé et de permanganate de potasse est venue pleinement confirmer cette manière de voir; chez les patients traités au moyen d'injections d'eau simple, la guérison s'est établie aussi rapidement que chez les sujets soumis

à des irrigations de sublimé, et même plus tôt que dans les cas où l'on avait eu recours au permanganate de potasse. Toutefois, comme l'eau simple irrite les muqueuses et que, distillée, elle offre l'inconvénient de gonfler les cellules endo et épithéliales et de contribuer de la sorte à la destruction de ces éléments, notre confrère se sert, de préférence, d'une solution physiologique chaude de chlorure de sodium qui présenterait, entre autres avantages, celui d'exercer sur la muqueuse urétrale une action calmante.

Chirurgie générale.

Sur la ponction lombaire simple à intention thérapeutique. — Sur 60 ponctions à intention thérapeutique, M. Chipault (*La Médecine moderne*, 25 déc. 1901) a eu 9 ponctions qui n'ont point donné de liquide et qui, dès lors, ne peuvent entrer en ligne de compte, et sur les 51 cas restants : 10 résultats curatifs, plus ou moins attribuables à la ponction; 14 résultats palliatifs, avec atténuation de certains symptômes, sans influence sur la marche générale de l'affection; 26 résultats nuls.

Ce sont là, à n'en pas douter, des chiffres peu encourageants, et qui, du reste, comme la plupart des statistiques antérieures de même ordre, démontrent très nettement que la ponction sous-arachnoïdienne évacuatrice n'a véritablement pas une action thérapeutique sur laquelle on puisse compter. Fréquents sont les cas où ses effets sont nuls, peu nombreux les cas où, sans bénéfice réel, elle modifie passagèrement quelques symptômes, tout à fait rares ceux où l'on peut mettre sur son compte l'évolution favorable de la maladie. Si bien qu'en dehors de quelques affections peu communes, telles que les méningites aiguës, le coma urémique et quelques syndromes rares et inclassables, la ponction sous-arachnoïdienne semble décidément devoir être considérée comme n'ayant qu'une valeur thérapeutique absolument précaire et laissée de côté lorsqu'elle n'est pas indiquée, ce qui est souvent le cas, comme moyen de se procurer du liquide céphalo-rachidien et d'assurer, par son examen, un diagnostic incertain.

NÉCROLOGIE

Le Dr Saillet.

Il est mort, il y a deux mois, à l'âge de quarante-quatre ans, un médecin dont les remarquables travaux en chimie biologique, publiés en partie dans ce journal (1) méritent qu'un hommage soit rendu à sa mémoire : le Dr Saillet, de Nangy (Haute-Savoie). La gravité du mal qui l'enleva si prématurément fut le résultat de son surmenage professionnel et aussi d'une infection septique contractée en opérant un abcès.

Saillet fut à la fois un praticien éminent et un chimiste remarquable. Le praticien, qui était un modèle de probité et de dévouement et s'était fait une réputation pour son savoir clinique, a laissé dans son pays d'unanimes regrets. Le chimiste patient et consciencieux réalisa ce prodige de mener de front avec la clientèle de campagne les plus minutieuses recherches de laboratoire. Ses travaux sur l'*élimination de la créosote par les urines*, le *dosage des phénols* d'une part, sur les *pigments urinaires* d'autre part, lui font un nom en chimie biologique.

En ce qui concerne les premiers, il faut reconnaître que Saillet eut le mérite de découvrir le procédé du dosage des phénols urinaires normaux ou anormaux, devenu classique depuis lors — de déterminer la quantité moyenne des phénols conjugués normaux éliminés en vingt-quatre heures par l'adulte (0 gr. 045) — de montrer que le rein était la voie principale d'élimination de la créosote prise par la bouche, question qui avait jusqu'alors fait l'objet de discussions contradictoires de la Société de thérapeutique de Paris (mars 1892), et aussi que la créosote et le gaïacol étaient

(1) Numéro du 30 avril 1892 : *Recherches au sujet de l'élimination de la créosote par les urines.*

Numéro du 15 août 1892 : *Nouvelles recherches au sujet de l'élimination de la créosote par les urines et nouveau mode de traitement créosoté.*

Numéro du 15 août 1894 : *Découverte dans l'urine d'un pigment analogue à l'hématoporphyrine.*

absorbés par la peau, ce que lui fit préconiser les frictions d'alcool créosoté avant qu'il ne fût question des badigeonnages de Sciolla, dont l'origine étrangère devait attirer l'attention outre mesure.

La série des travaux sur les pigments urinaires présente encore plus d'intérêt en raison de la difficulté du sujet. Il les publia de 1894 à 1898 :

Découverte dans l'urine normale d'un pigment analogue à l'hématoporphyrine, in *Bulletin général de thérapeutique*, 15 mai 1894;

De l'urospectrine ou urohématoporphyrine normale et de sa transformation en hémochromopine sans fer, in *Revue de médecine*, juillet 1896;

De l'urobiline dans les urines normales, in *Revue de médecine*, février 1897;

Sur un nouveau pigment urinaire, l'uroséine, in *Revue médicale de la Suisse Romande*, octobre 1897.

Travaillant sans relâche à cette étude des pigments urinaires, dont la difficulté stimulait sa patiente ardeur, Saillet avait achevé une nouvelle série de recherches et allait les publier quand la mort le frappa.

Mentionnons encore sa thèse sur les *laits fermentés* (koumys) faite dans la clinique du professeur Dujardin-Beaumetz sous la direction de M. Bardet, l'éminent chef du laboratoire, et ses intéressantes inventions d'un *sthétoscope* et d'un *forceps* réalisant, sans tracteur spécial, les avantages de celui de Tarnier, car il était aussi un ingénieux mécanicien.

L'œuvre de Saillet, comme on le voit, a été considérable! Qu'eût-elle été si cet homme, exceptionnellement doué pour la chimie, avait eu à sa disposition les moyens des laboratoires des Facultés où seul le décevant concours donne accès! Mais le modeste savant a quand même travaillé et produit; et il laisse un nom en chimie biologique.

Le Gérant : O. DOIN

IMP. F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE. — PARIS-6e



BULLETIN

Tapisseries et aération. — La lutte contre les moustiques. — Hérédité alcoolique, — Le commerce des matières fécales dans le Petchili. — La pléthore médicale en Allemagne. — Le savon mercuriel. — « La Vulgarisation scientifique. »

Les tapisseries rendraient sensiblement difficile l'aération des appartements. Dans une chambre sans tapisseries, portes et fenêtres fermées, il se renouvelle chaque heure 1/25 du volume d'air par degré centigrade de différence entre la température de la pièce et la température extérieure. Dans une chambre tapissée, ce coefficient ne dépasse pas 1/80 par heure. Les tapisseries laquées diminuent encore davantage ce coefficient.



Le gouvernement de l'Etat New York a consacré une somme de 50.000 francs à l'organisation de la destruction systématique des moustiques.

Le Conseil législatif de l'Etat New Jersey a voté lui aussi une somme de 50.000 francs pour débarrasser la ville Elisabeth des moustiques. On a procédé sans retard à la destruction des larves. Parmi les moyens qui permettent la destruction rapide des larves, les poissons rouges jouent un rôle important. Underwood a calculé qu'un seul poisson pouvait dévorer jusqu'à 20 larves d'anopheles en une minute. Les poissons préfèrent les larves des moustiques aux mets artificiels qu'on leur offre en même temps.

Les poissons rouges sont donc appelés à rendre de grands services dans la prophylaxie du paludisme.

⁂

On a pu produire à New-York au sein d'une société savante, lit-on dans les *Annales de la Société médico-chirurgicale du Brabant*, juillet 1902, l'état social, de la descendance d'une certaine Mme A., tenancière de maison de prostitution, et qui montrait un amour particulièrement immodéré pour le petit verre et surtout pour le grand. Elle mourut en 1827, à l'âge de cinquante et ans.

Sa descendance — très édifiante — comme on peut le voir. s'élève au chiffre coquet de 800. Sur ce nombre, 700 sont des criminels ayant été emprisonnés au moins une fois; 342 sont des alcooliques invétérés; 127 sont des femmes de mœurs plutôt relâchées; 37 furent meurtrières et le bourreau a mis fin à leur belle existence. Enfin, on a calculé que cette famille avait coûté pour ses délits à l'Etat, qui a eu l'honneur de la compter parmi ses citoyens, la modeste somme de 3.750.000 francs. Une bagatelle, comme l'on voit!

⁂

Le médecin principal de 1re classe Duchêne, dans son rapport sur le service de santé de la brigade de l'armée de terre en Chine, paru dans les *Archives de médecine militaire*, signale qu'à Paoting-fou, préfecture comptant 200.000 habitants, les temples et les palais sont englobés, noyés, au milieu de masures sordides, dont les abords et les cours intérieures sont encombrés d'immondices de toute nature et principalement de matières fécales, dont il se fait un grand commerce dans le Petchili. « Tous les militaires qui ont fait colonne dans l'intérieur du Petchili doivent se rappeler comme nous, dit-il, ces misérables paysans chinois qui, munis d'un panier d'osier, suspendu à l'épaule, suivaient les troupes

pendant plusieurs kilomètres pour recueillir pieusement tout ce que laissait le troupier sur les chemins après avoir satisfait ses besoins naturels. »



D'après le *Aertzliche Central-Anzeiger*, l'avenir de la profession médicale apparait plutôt sombre dans l'empire allemand. En 1880, on comptait une proportion d'un médecin pour 3.600 habitants : en 1900, cette proportion est de 1 p. 2.000, et il est probable qu'en 1901, elle sera de 1 p. 1.850.

Actuellement, le nombre total des médecins en Allemagne s'élève à 28.500. S'il meurt environ 500 médecins chaque année, il en sort dans le même temps 1.350 nouveaux des Universités, ce qui fournit un excédent annuel de 850.

Il est à peu près certain que plus de la moitié des médecins allemands ne gagnent pas plus de 3.000 marks par an.



A la suite de multiples essais, M. Mc Clintok a réussi à obtenir un savon où les sels de mercure restent sous forme active. Il est arrivé à y incorporer jusqu'à 2 p. 100 de sel de mercure. Une solution contenant 1 p. 100 de savon, soit 1 p. 5.000 d'iodure de mercure tue en une minute les microbes du choléra, de la typhoïde, de la diphtérie. Les spores de l'anthrax sont détruits en une minute avec une solution de ce savon contenant 1 p. 2.000 d'iodure. Ce savon ne coagule pas l'albumine et n'attaque le nickel et l'acier des instruments qu'après immersion pendant plusieurs jours. Il n'attaque ni l'argent ni l'aluminium. Une solution de ce savon à 1 p. 5.000 d'iodure serait pour le moins aussi puissante qu'une solution de chlorure au 1 p. 1000. C'est environ la concentration produite quand on s'en sert pour lavage comme d'un savon ordinaire.

⁂

Il a suffi d'un demi-siècle pour que l'alcool amène la disparition presque totale des Indiens du territoire des Etats-Unis. Il est à craindre que la cocaïne réserve la même destinée à la race noire.

Il paraît que le cocaïnisme fait des ravages effrayants parmi les nègres des États du Sud. Le wisky ne leur suffit plus : c'est la cocaïne qu'ils réclament. Dans beaucoup de plantations, les nègres refusent de travailler s'ils ne sont assurés de trouver dans le voisinage les moyens de se procurer de la cocaïne, et nombre de planteurs ont pris le parti de leur distribuer régulièrement une ration de leur drogue préférée, comme ils le font pour le wisky.

C'est comme stimulant que les nègres réclament la cocaïne. Ils ont constaté que cette substance accroît momentanément leur force et les rends indifférents aux fortes chaleurs comme aux froids extrêmes.



Il vient de paraître une nouvelle Revue mensuelle illustrée, *la Vulgarisation scientifique*. Tenant le milieu entre le périodique trop savant, dont, seuls, peuvent tirer profit ceux qui sont déjà documentés sur la question à l'étude et le périodique trop simple, où l'on ne peut glaner que des bribes de connaissances, *la Vulgarisation scientifique* s'adresse tout particulièrement à la classe importante des personnes lettrées et instruites, qui, sans être des scientifiques purs ou des ingénieurs, désirent cependant se tenir au courant des acquisitions de la science contemporaine. Si l'on ajoute que l'éditeur a mis le prix de l'abonnement à un taux extrêmement bas, on ne peut qu'augurer le rapide succès de la publication.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement des néphrites (1),

par M. MUSELIER,
Médecin de l'Hôtel-Dieu.

TRAITEMENT PATHOGÉNIQUE

Si l'on entend sous le qualificatif de traitement pathogénique la part d'intervention qui vise directement la cause de la maladie, il faut reconnaître que les néphrites aiguës ne sont point, parmi les inflammations violentes, celles qui offrent le plus de ressources. C'est d'abord que cette cause reste le plus souvent mystérieuse, ou pour mieux dire, inconnue, circonstance qui naturellement enlève au médecin toute base d'appréciation pour justifier d'une agression directe contre l'agent morbide présumé facteur unique ou principal de la maladie. Il y a certainement un nombre assez considérable de néphrites qui rentrent dans cette catégorie, et pour lesquelles on ne peut invoquer d'autre origine que l'influence si souvent invoquée faute de mieux et si banale du refroidissement. En second lieu, et voici l'objection capitale : dans la plupart des cas pourvus d'une étiquette étiolo-

(1) Voir le numéro 2 du 15 janvier 1903.

gique bien nette (scarlatine, variole, typhose, etc.), groupe qui représente la très grande majorité des néphrites aiguës, la notion pourtant bien définie de la cause ne comporte malheureusement aucune sanction thérapeutique soit directe, soit détournée. Il faudrait, pour qu'il en fût autrement, que le poison propre à chacune de ces catégories de néphrites infectieuses fût connu, et que le médecin fût en possession du moyen spécifique à opposer respectivement à chacun de ces poisons. Or nous n'en sommes pas là, tant s'en faut. Que la néphrite soit scarlatineuse, gravidique, pneumonique, l'impuissance à neutraliser et à combattre la cause première demeure la même. Il n'y aura donc, aussi longtemps que durera cette ignorance relative, qu'un traitement uniforme, applicable à la presque totalité des néphrites aiguës et qui ne pourra être qu'un traitement de symptômes où dominera seulement la préoccupation de faire rétrocéder la maladie et de réaliser au plus vite la *restitutio ad integrum*, cet objectif idéal de toute entreprise thérapeutique. C'est là vraiment, dans l'histoire des néphrites, un très regrettable desideratum, que les recherches issues de la bactériologie combleront peut-être un jour, comme c'est déjà le cas pour la diphtérie et le tétanos. Pour l'instant le traitement pathogénique n'existe et n'a de sanction que pour un petit nombre de néphropathies : celles qui relèvent de la malaria, de la tuberculose, et surtout de la syphilis. Nous insisterons seulement sur ces dernières, qui donnent réellement prise à une intervention déterminée, et encore devons-nous borner notre étude à celles qui marquent les premières étapes de la syphilis, réservant les autres (syphilis rénale tertiaire tardive) pour le chapitre des néphrites chroniques.

La néphrite syphilitique secondaire se rapproche étroitement des néphrites aiguës par sa forme clinique, aussi bien

que par sa marche. La description de l'une pourrait être calquée sur celle de l'autre, au point que l'on s'est demandé si la néphrite des syphilitiques à cette période n'était pas une néphrite aiguë ou subaiguë vulgaire, n'ayant avec l'infection qu'un simple rapport de coïncidence. De fait, le même traitement général est applicable à toutes deux dans nombre de cas, si bien que la notion de spécificité n'apparaît à aucun moment. Ce qui accroît la difficulté dans ce groupe de faits, c'est que l'on trouve souvent une étiologie composite, dans laquelle entrent concurremment plusieurs des facteurs ordinaires de la néphrite aiguë : refroidissement, surmenage, infections multiples associées, etc... Et pourtant, malgré ces objections, et malgré son étroite ressemblance clinique avec le type moyen du groupe, la néphrite syphilitique précoce peut s'individualiser assez nettement pour qu'il soit permis de reconnaître son origine par la pierre de touche du traitement. Des faits précis le démontrent et dictent la conduite à tenir chez tout syphilitique récemment infecté, en face du symptôme révélateur, d'une néphrite aiguë ou simplement subaiguë.

Assurément le traitement qui convient à cette dernière peut suffire. Ainsi Chauffard insiste sur ce que le régime lacté intégral y est de rigueur, et il accepte que, sauf des circonstances urgentes, on doit le prescrire seul au début, à condition de vérifier par des analyses périodiques à quel chiffre il fait baisser le taux de l'albuminurie. Le régime lacté pourrait même à lui seul produire la guérison, remarque évidemment corrélative de celle de tout à l'heure, mais sur laquelle pourtant Chauffard s'explique en disant que les cas qui guérissent par ce traitement simple représentent plutôt des néphrites aiguës chez des syphilitiques, que des néphrites réellement spécifiques. On pourrait à la rigueur voir dans ce

raisonnement une pétition de principes, en ce sens que l'effet du traitement est considéré ici comme la preuve de ce qu'il faudrait démontrer préalablement, comme la preuve de la nature de la maladie. Mais Chauffard ajoute immédiatement que, pour les néphrites survenant pendant la période secondaire, le mercure est le médicament de choix, l'indispensable, avec cette simple restriction que, pour les formes superficielles et légères, les préparations de proto-iodure et de sublimé peuvent suffire, tandis que, pour les formes graves, c'est aux frictions mercurielles qu'il faut s'adresser. Il rejette résolument, comme entaché d'imprudence, l'emploi des injections hypodermiques d'huile grise.

C'est Dieulafoy qui a le plus insisté sur cette question, dans son beau *Traité de Pathologie*. Amené, par une série de faits tirés de son expérience personnelle, à proclamer la gravité de certaines néphropathies syphilitiques précoces, il reconnaît d'abord que le traitement usuel de toute néphrite aiguë, savoir le régime lacté exclusif, est ici de rigueur absolu. Il va même jusqu'à le préconiser à titre préventif, absolument comme d'autres le préconisent pour empêcher la complication rénale chez les scarlatineux. Cette méthode s'appliquerait particulièrement aux sujets qui présentent dans leurs antécédents des commémoratifs d'infection, et dont les reins sont dès lors fortement sujets à caution, d'une fragilité et d'une vulnérabilité spéciales. Plus récemment, L. Renon, médecin des hôpitaux, a fourni dans cet ordre d'idées quelques exemples intéressants. Après avoir bien et dûment établi cette fragilité rénale chez certains syphilitiques et en avoir cherché les causes intimes et véritables, notre collègue déclare que, en fin de compte, la syphilis possède une action très réelle, voire élective, sur le parenchyme rénal, et que très comparable ici à la scarlatine, elle possède

en ce point une supériorité funeste sur les autres maladies infectieuses ou toxiques. Il y a donc un danger très réel de néphrite chez les syphilitiques, surtout dans la première période de leur mal, et dès lors l'indication dominante, impérieuse, c'est qu'il convient de tout mettre en œuvre pour diminuer cette vulnérabilité rénale. A cet égard, dit Renon, le traitement syphilitique antérieur ne paraît pas avoir joué un rôle suffisant, mais c'est peut-être parce qu'il n'avait pas revêtu le caractère d'agression thérapeutique précoce et intensive qui eût été exigible pour permettre de trancher la question. Provisoirement donc, il faut se borner aux moyens de prophylaxie qui ont fait leurs preuves, comme l'éloignement systématique de toutes les causes de refroidissement, facteur étiologique dont, malgré tout, on ne peut nier l'importance. Tout syphilitique sera ainsi prévenu qu'il devra se garer du froid et surtout du froid humide, dont l'action semble particulièrement nocive : il mettra cette recommandation en pratique dès le début du mal, c'est-à-dire aussitôt la période des accidents secondaires, et il se comportera à cet égard comme un scarlatineux. L'analogie entre les deux cas peut être portée encore plus loin, et de même que dans la scarlatine le régime lacté est encore le meilleur préservatif contre la néphrite, pourvu qu'il soit prolongé pendant plusieurs mois, de même il peut avoir une action prophylactique absolue vis-à-vis du rein chez les syphilitiques de fraîche date.

Renon se trouve donc, par cette dernière conclusion, en complet accord avec son maître Dieulafoy, qui estime, lui aussi, que la fragilité antérieure insoupçonnée du rein engendre une véritable infériorité physiologique qui met l'organe en état de moindre résistance et le livre déjà altéré

ou affaibli aux redoutables agressions du poison syphilitique.

Raison de plus pour mettre en œuvre tout ce qui peut le prémunir contre cette agression, en vertu de l'aphorisme qui enseigne que « mieux vaut prévenir que d'avoir à guérir ». L'agression une fois réalisée, ce que l'on peut reconnaître à des signes certains, il n'y a plus qu'à mettre en œuvre le traitement syphilitique proprement dit, mais encore avec circonspection et prudence, car précisément, dans un cas de rein préalablement altéré et fragile, il est à craindre que le filtre soit devenu mauvais ou insuffisant, condition fâcheuse qui explique peut-être les effets souvent incertains ou même inquiétants de la médication antisyphilitique. La conclusion finale de toutes ces données, c'est que le médecin ne doit jamais perdre de vue l'action de la syphilis sur le rein, que chez tout sujet récemment infecté, il y a lieu de déterminer l'état antérieur de l'organe (recherche systématique de l'albumine), et que s'il y a des raisons de suspecter son intégrité, il faut instituer immédiatement le régime lacté rigoureux, avec adjonction du traitement antisyphilitique, modéré ou intensif. Il aura, de la sorte, satisfait aux indications les plus impérieuses. Nous ne faisons, d'ailleurs, allusion ici qu'aux néphrites de la période secondaire. Celles de la période tertiaire trouveront leur place au chapitre des néphrites chroniques.

TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

Ce paragraphe sera le plus court, l'intervention des substances pharmaceutiques, en tant que moyen de favoriser la résolution des inflammations rénales aiguës et de ramener l'organe à son intégrité normale, étant d'une efficacité encore très contestée, et on peut ajouter très contestable.

D'une manière générale, et d'après des considérations formulées *à priori*, on a vanté l'emploi des astringents, tanin, ratanhia, ergot de seigle, acide gallique. L'action de ces substances n'est pas démontrée, et ne saurait l'être, en raison de la variabilité d'évolution des néphrites et de leur bénignité fréquente qui autorise un certain scepticisme sur les causes réelles de leur guérison. Si Chauffard en préconise l'emploi, c'est plutôt à titre d'hémostatiques, lorsqu'il survient de l'hématurie, et non comme agents réducteurs où modérateurs de l'inflammation rénale.

Dans un ordre d'idées voisin on a vanté l'efficacité des iodures alcalins, et plus récemment celle des sels de strontium, lactate ou iodure. L'indication de ces derniers apparaît surtout quand l'albuminurie persiste après la guérison des phénomènes caractéristiques de la période d'état, c'est-à-dire quand on a des raisons de croire que la maladie passe à l'état chronique.

L'usage en doit être continué longtemps et ne saurait dispenser des règles diététiques auxquels astreint par sa durée même toute albuminurie persistante.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Voici un chapitre à peu près inédit, et par conséquent nouveau, de l'histoire des néphrites infectieuses aiguës. Au premier abord, en effet, on n'entrevoit pas très nettement l'opportunité et la valeur d'une intervention opératoire, vis-à-vis d'une catégorie d'inflammations viscérales, qui semblent, de par leur marche aussi bien que par leur étiologie, appartenir exclusivement au domaine de la médecine interne. C'est tout au plus si on la conçoit et si on l'accepte en principe quand il s'agit d'une de ces altérations particulières de la glande rénale, qui confinent au domaine des

affections chirurgicales proprement dites, comme les affections calculeuses, les pyélites ou les pyélo-néphrites, les néoplasmes, les suppurations, c'est-à-dire dans des cas où la thérapeutique médicale donne, de bonne heure, la preuve de son impuissance. Les néphrites simples ne justifient en apparence rien de pareil, et il faut un réel effort d'esprit pour aboutir vis-à-vis d'elles à des indications d'ordre opératoire, pour lesquelles le chirurgien devra, par conséquent, prendre la place du médecin.

Telle est pourtant l'idée qui a pris corps dans ces derniers temps, sous l'influence d'observations et de remarques présentées çà et là par des hommes dignes de faire autorité dans une orientation aussi nouvelle de la thérapeutique. La société médicale de Berlin a été, croyons-nous, une des premières à la développer. La discussion sur ce sujet a eu pour point de départ une communication de M. Israël, concernant les bons effets de la néphrotomie dans des cas où l'apparition de quelques symptômes spéciaux (douleurs, hématuries) avait fait porter le diagnostic, d'ailleurs erroné, de calculs du rein. Du fait de la simple néphrotomie pratiquée dans ces cas, il y eut atténuation des douleurs lombaires, diminution et disparition des hématuries qui ne reconnaissaient pour cause qu'un simple processus congestif. Klemperer a fait des constatations analogues et s'est montré dès lors disposé à conclure que la néphrotomie peut devenir, à titre éventuel, un mode d'intervention applicable au traitement des néphrites. Nul doute qu'il ait voulu désigner ainsi les néphrites aiguës, à l'exclusion des néphrites chroniques, puisqu'il prend soin d'en écarter le mal de Bright, affection à évolution lente et qui d'ailleurs peut être unilatérale. On peut seulement regretter qu'il

n'ait pas assez dégagé et affirmé cette distinction, pourtant nécessaire.

En résumé, il semble que, pour quelques médecins allemands, une intervention prudente et éclairée soit logique et autorisée vis-à-vis de certains cas d'hématurie dont la cause n'apparaît pas très clairement et qui, de ce chef, peuvent attribuer à une néphrite aiguë aussi bien qu'à toute autre des processus hémorragipares connus.

La question ainsi posée, d'abord avec des réserves un peu timides, semble avoir fait un pas de plus dans ces derniers temps. C'est du moins ce qui semble ressortir d'un mémoire que Pousson, de Bordeaux, vient de publier dans les *Annales génito-urinaires*. Notre confrère y développe à son tour l'idée que l'intervention chirurgicale peut intervenir légitimement et avec certaines chances de succès vis-à-vis de quelques néphropathies aiguës de cause infectieuse, sans d'ailleurs tenir compte du mode d'action pathogénique de celle-ci : voie interne ou hématogène (anthrax, suppurations locales, érysipèle) ou voie externe (néphrite ascendante d'origine uretérale ou vésicale). A l'appui de son opinion, il apporte quatre faits personnels sur lesquels il a eu deux guérisons durables et deux morts. Il s'agissait soit de néphrites aiguës suppurées, greffées sur des lésions rénales anciennes, soit de néphrites coli-bacillaires aiguës d'origine vésicale ou grippale. La science en renferme un plus grand nombre d'autres plus ou moins comparables à ceux-là. La légitimité de l'intervention est démontrée ici par le fait de la survie de 18 opérés sur 24, résultat qui démontre la possibilité du retour de la fonction physiologique et du pouvoir de réparation organique dans un rein notoirement infecté. Il y aura lieu seulement désormais, pour l'appréciation de la décision à intervenir, de déterminer le plus exactement possible la

nature de l'agent pathogène, son mode de pénétration dans la glande rénale, l'état antérieur de celle-ci, enfin l'unilatéralité où la bilatéralité des lésions. Sous ce rapport, les observations publiées offrent encore quelque chose d'un peu vague et laissent peut-être subsister trop d'incertitude.

Pousson a, du reste, pris grand soin de discuter la valeur des objections que l'on ne manquera pas d'opposer à ce nouvel empiétement de la chirurgie sur le domaine médical. Parmi ces objections, l'argument tiré de la bénignité habituelle des néphrites ne vaut guère, en raison de l'incertitude du pronostic dans bien des cas. C'est, d'ailleurs, ici affaire de perfectionnement dans les méthodes diagnostiques et de progrès en matière de pathologie rénale, le progrès, si désirable, ne pouvant naturellement être que l'œuvre du temps et des acquisitions successives qu'il permettra de réaliser.

L'objection tirée de la bilatéralité habituelle des affections rénales est aussi plus spécieuse que solide, car cette bilatéralité est loin d'être une règle uniforme et absolue. L'unilatéralité est plus fréquente qu'on ne pense, et peut s'expliquer par un état pathologique antérieur de l'un des deux reins. MM. Israël et Lennander avaient fait ressortir l'unilatéralité fréquente des néphrites aiguës. La bilatéralité ne serait d'ailleurs pas une objection capitale, car il est établi que, même quand elle existe, l'intervention limitée à un seul rein peut retentir heureusement sur l'état pathologique de son congénère.

Une autre objection, assez spécieuse, est tirée de la difficulté que l'on éprouve à reconnaître le côté malade au cas où la lésion rénale est unilatérale.

Cette objection apparaît même comme très sérieuse, au moins en apparence. Pousson lui accorde cependant peu

d'importance, et affirme que presque toujours l'analyse exacte des symptômes attire suffisamment l'attention du côté malade pour éviter une erreur opératoire. De même, il écarte le reproche que l'on a fait à la néphrotomie unilatérale d'amener l'altération du rein demeuré sain, ou l'aggravation de son état, s'il est déjà malade, car la statistique des opérations publiées à ce jour en montre le peu de fondement.

En ce qui concerne le mode d'action de l'intervention chirurgicale dans les infections aiguës du rein, l'explication en serait simple et facile si l'on ne considère que la néphrotomie et non pas la néphrectomie, qui a le tort de supprimer un émonctoire et de rejeter sur l'autre rein exclusivement le soin d'éliminer tous les principes toxiques de l'économie, d'où chances d'infection ou tout ou moins surmenage de l'organe chargé ainsi d'un excès de fonction. A cet égard, la néphrotomie est certainement préférable, au moins dans les premières phases de la maladie, avant la période des altérations irrémédiables. Son mode d'action n'est peut-être pas difficile à concevoir! D'abord elle provoque un abondant écoulement sanguin, qui décongestionne le rein et modère la diapédèse, qui favorise l'exode des microbes et déchets épithéliaux encombrant les canalicules au point de devenir la cause d'une véritable anurie tubulaire et favorise aussi par là même l'élimination des toxines accumulées dans l'organisme. Le chirurgien peut, d'ailleurs, concourir à ce résultat en pratiquant une malaxation méthodique du rein, puis un lavage antiseptique des calices et des bassinets, enfin un drainage complet de ces derniers pour favoriser l'issue des liquides altérés.

Tels seraient en résumé les avantages de l'intervention dans certaines néphrites aiguës. L'innocuité qu'elle semble

comporter contribuera avec eux à l'imposer désormais dans les cas graves où la thérapeutique ordinaire aura donné la preuve de son impuissance; même en restant sur le terrain médical, nous ne pouvons que souscrire à ces conclusions, et il nous apparaît dès maintenant qu'à l'avenir le rôle du chirurgien sera tracé toutes les fois que l'on se trouvera en face d'une néphrite récente, accompagnée d'anurie absolue ou relative, susceptible de compromettre la vie du malade. Peut-être sera-ce, un jour prochain, la meilleure prophylaxie, sinon le traitement de choix des accidents urémiques au cours des néphropathies infectieuses à marche aiguë.

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

La question des doses de mercure et du traitement du tabès et de la paralysie générale,

par M. Leredde

Cette note n'a pas pour but d'étudier complètement les questions que comporte son titre, mais de compléter le rapport que j'ai présenté à la Société de thérapeutique en février 1902 sur les injections mercurielles et les conclusions que j'ai présentées en octobre. J'ai surtout pour but de répondre à une note de M. Danlos, à la suite de laquelle la discussion de la Société de thérapeutique a été déclarée close. La question des doses de mercure a un intérêt considérable; si j'ai eu raison en subordonnant l'activité thérapeutique d'un sel à la quantité de mercure introduit dans l'organisme, les progrès, à réaliser dans le traitement des syphilis

rebelles, consistent, comme je l'ai indiqué, à élever la dose de mercure quotidienne, sous une forme ou sous une autre, à la limite compatible avec la résistance de l'organisme quand il sera nécessaire, et à réaliser ainsi ce qu'on doit appeler seulement : *traitement mercuriel intensif;* sinon on continuera comme auparavant à rechercher le sel idéal, plus actif qu'un autre à doses de mercure égales et qui n'est pas encore trouvé. La première application du traitement mercuriel intensif se trouve naturellement dans les affections dites parasyphilitiques.

J'exprimerais volontiers mes regrets de la forme un peu vive qu'a prise la discussion de la Société de thérapeutique, si je n'étais convaincu qu'elle en est devenue plus intéressante pour mes contradicteurs et moi, et que la lutte entre des théories contraires servira peut-être à faire avancer l'étude de la question traitée et à faire disparaître des opinions que je crois basées seulement sur la tradition, ce qui, en médecine, veut dire sur la routine.

Il est évident que M. Danlos et moi n'avons pu nous mettre d'accord sur ce qu'est une preuve en matière scientifique. Cela ne m'étonne pas; il n'y a pas de question plus importante en médecine, il n'y en a pas de plus difficile à résoudre; nous devrions tous y réfléchir souvent et je m'aperçois pour ma part que pendant longtemps je n'y ai pas réfléchi...

Je crois presque toujours, sinon toujours, dangereux de fonder une *opinion* sur une citation bibliographique et de la couvrir d'un nom, quel qu'il soit, il est déjà souvent dangereux de couvrir ainsi des *faits*, car on doit toujours penser qu'ils ont pu être mal observés.

L'histoire de la médecine est celle d'une lutte perpétuelle contre l'esprit d'autorité en matière scientifique, car toujours le « maître » s'est trompé depuis Hippocrate jusqu'au plus modernes. Mais cette vérité est de celles qui ne seront jamais reconnues dans une chaire officielle, et pour cause.

Aujourd'hui comme toujours plus que jamais peut-être, parce que nous avons le mot de liberté *sur les lèvres*, l'esprit d'autorité nous opprime et étrangle l'indépendance de la pensée et de la

recherche. Les « maîtres » parlent comme si tout ce dont ils parlent était clair et simple. Les livres parlent comme si tout était résolu dans les questions qu'ils exposent, alors que l'effort devrait être de préciser les points obscurs, d'indiquer les questions à résoudre. Et combien de temps il faut, même quand on le veut, pour s'apercevoir de tout ce qu'on ignore réellement sur une question !

Si j'ai parlé avec une confiance qui a été soulignée et attribuée à tort à mon peu de modestie, c'est qu'après avoir pensé, pendant des mois, *à une seule question*, toujours la même, après m'être affranchi de tout ce que j'avais entendu et lu, en m'attachant seulement à ce que je considérais comme établi, je suis arrivé à une proposition qui est devenue peu à peu pour moi une vérité évidente : *Certaines affections sont dites parasyphilitiques ou non syphilitiques parce que le traitement mercuriel est mal fait.* J'ai cherché en quoi le traitement mercuriel était mal fait, et j'ai cru le trouver. Et si je me trompais, je n'aurais qu'une excuse, la bonne foi avec laquelle je reconnaîtrais mon erreur. Mais plus je discute et plus je cherche à discuter sur le thème que j'ai indiqué, plus je pense être dans la vérité.

Je ne suis pas inquiet sur ma théorie relative aux doses de mercure quoique je ne puisse le couvrir d'aucune autorité, puisqu'elle m'appartient. J'en suis quitte pour penser que jusqu'ici on s'est trompé sur ce point. Mais je crois avoir fait une erreur sur un mot, et je le rectifie. M. Danlos reconnaîtra cependant que je ne suis pas plus d'accord avec lui que je ne l'étais auparavant. J'ai écrit que l'action thérapeutique d'un composé mercuriel était proportionnelle à la quantité de mercure introduite dans l'organisme : je remplacerai le mot introduit par le mot mise en liberté, car il devint probable pour moi que certains sels, ne sont pas complètement transformés, par exemple l'hermophényl. Ce qui n'empêche que M. Danlos se trompe sans doute quand il croit qu'on ne peut introduire 4 centigrammes de mercure en un jour dans l'organisme; il est possible que chez certains sujets on puisse le faire même en se servant de sels dont

tout le mercure sera mis en liberté; chez un sujet normal on peut introduire 3 centigrammes et demi.

Je ne suis pas inquiet non plus sur la question de la nature syphilitique et de la curabilité du tabès et de la paralysie générale quoique je sois en désaccord avec ceux qui ont étudié ces questions avant moi. J'en suis quitte pour penser que jusqu'ici on s'est également trompé.

Je maintiens donc tout ce que j'ai dit *sauf un mot.*

M. Danlos a apporté dans le débat deux *faits* de M. Antony relatifs aux dangers du traitement mercuriel dans la paralysie générale.

Je me suis reporté au *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux* du 7 mars 1902, et j'y ai trouvé une note de M. Antony dont je ne puis admettre ni la teneur ni les conclusions. MM. Brissaud et Marie ayant parlé des dangers du traitement mercuriel à doses massives, non précisées du reste dans leur travail, au cours de la paraplégie spasmodique syphilitique, M. Antony a déclaré que leur communication corroborait l'opinion qu'il avait émise contre l'abus des injections mercurielles à doses massives dans les cas de syphilis nerveuse! Ainsi, nous n'aurions pas le droit, d'après M. Antony, de donner du mercure à hautes doses dans une syphilis cérébrale de forme commune! Je serais surpris que MM. Brissaud et Marie acceptent sans protester, si on leur demandait leur avis, la proposition *générale* de M. Antony! Et pour ma part, comme syphiligraphe, je proteste de la manière la plus énergique. M. Antony dit avoir vu deux paralytiques généraux chez lesquels l'affection prit une marche rapide à la suite d'injections de calomel ou de biiodure à hautes doses (quelles doses ?).

Il y a là une question de pratique extrêmement importante sur laquelle je donnerai mon opinion entière plus tard seulement, lorsque j'aurai tiré des auteurs qui en ont parlé, *des faits*, et non plus des impressions ou des affirmations sans détails. Je noterai seulement que, deux lignes après M. Antony, M. Marie déclare avoir eu de bons résultats du traitement mercuriel intensif

« chez des tabétiques et des paralytiques généraux pris au début ».

M. Danlos n'a cependant pas établi que le traitement mercuriel fut *fréquemment* dangereux dans le tabès et la paralysie générale, car il n'a cité relativement au tabès ni opinions ni faits (sauf le nom de M. Wecker qui a parlé, je crois, de l'atrophie tabétique). Sur la paralysie générale il a cité l'impression de M. Christian, l'opinion de M. Joffroy, — je pourrais lui répondre par des citations bibliographiques inverses — enfin deux faits de M. Antony absolument incomplets. Le mot fréquemment n'est donc pas encore justifié! Quant à l'argument tiré du danger du traitement mercuriel dans la paralysie syphilitique spasmodique — ce qui correspond à des dangers *dans quelques cas* de paralysie spasmodique, — il n'a aucun rapport avec les dangers du traitement dans le tabès et la paralysie générale!

Un seul argument a du reste pour moi une valeur décisive : il suffit de faire remarquer qu'on pourra mettre comme sous-titre à toutes les observations de guérison du tabès et de la paralysie générale qui ont été et seront publiées, celui-ci : *Du danger qu'il y aurait à ne pas traiter par le traitement mercuriel les tabétiques et les paralytiques généraux.*

Je ne croyais pas, je dois le dire avoir adopté les conclusions de M. Danlos sur les injections mercurielles. Si mes communications antérieures pouvaient se résumer en quelques mots, je déclarerais que les injections sont le procédé exclusif du traitement des syphilis graves (V. *Sem. méd.*, avril 1902); que les injections d'huile grise sont pour moi le mode de traitement le meilleur (en 1902) de la syphilis normale. Je n'avais pas compris que les mêmes conclusions ressortaient de la note de M. Danlos.

M. Danlos a lu mes communications, mais il me permettra de dire qu'il ne les a certainement pas lues en entier.

Je n'ai pas dit qu'il était en désaccord avec l'opinion de M. Fournier, en 1902 et en 1894, j'ai dit qu'il était en désaccord avec l'opinion de M. Fournier en 1882. A l'égal de M. Danlos, j'ai une respectueuse estime pour l'autorité, le caractère et le talent de M. Fournier, et je tiens à dire combien est importante

pour les progrès futurs, la découverte de l'origine syphilitique du tabès, mais cela ne m'empêche pas de dire librement que M. Fournier s'est trompé en 1894 et depuis sur sa curabilité, et d'avoir écrit qu'il s'est contredit sans avoir expliqué encore pourquoi. Je me suis engagé dans une voie bien dangereuse, devant tous, si le contraire est démontré texte en mains ; mais il suffit de se reporter sur ce point à une note de moi dans le *Bulletin de la Société de Dermatologie* en avril dernier, et ce point de la controverse permettrait en dix lignes de démontrer que je me suis trompé et que j'ai émis des opinions sur un ton affirmatif intolérable puisqu'elles auraient été émises à la légère.

BIBLIOGRAPHIE

Pathologie comparée du pharynx, par M. C. Chauveau, avec une préface de M. Cadiot (d'Alfort), 1 vol. in-16 de 196 pages, avec 27 figures dans le texte. J.-B. Baillière et fils, éditeurs, Paris, 1902.

Après avoir étudié le mode de conformation du pharynx chez les différents mammifères, M. Chauveau essaie d'indiquer comment le pharynx, ici, se défend, puis comment il succombe et, à ce propos, examine l'influence du terrain et celle du microbe. Viennent, enfin, les lésions et le tableau morbide, c'est-à-dire un exposé sommaire des principales maladies pharyngées chez les animaux.

Chirurgie du gros intestin, du rectum et de l'anus, par M. Gérard-Marchant, chirurgien de l'hôpital Boucicaut, 1 vol. de 450 pages, avec 39 figures dans le texte. O. Doin, éditeurs, Paris, 1902.

Il est rationnel d'étudier ensemble les affections du gros intestin, du rectum et de l'anus : *anatomiquement*, puisque côlon et rectum ne font qu'un et qu'il y a conformité de structure ; *physiologiquement*, puisque le contenu du côlon est identique et que l'anus iliaque placé sur un point quelconque de ce conduit n'amène aucun trouble dans l'absorption intestinale ; *cliniquement*, puisque l'invagination, le volvulus, le prolapsus frappent un point quelconque du côlon, que les affections inflammatoires avec ulcérations et rétrécissements consécutifs peuvent envahir simultanément rectum et côlon et que les sténoses par cancer ne sont pas non plus spéciales au

rectum, l'S iliaque, le côlon descendant et le cæcum en étant souvent le siège.

C'est avec la compétence qu'on lui connaît que M. Gérard-Marchant a rédigé ce livre très documenté et écrit au coin d'une saine critique, ce qui justifie pleinement l'accueil qui lui a été réservé.

Menton, analyse climatologique, topographie, climatologie et climatothérapie, opuscule de 82 pages, par M. Chais. Imprimerie coopérative Mentonnaise, 1902.

Le but de l'auteur en écrivant ce travail très étudié a été de faire connaître le climat de Menton dans toute sa réalité, afin que le malade puisse tirer profit de ce qu'il a de bon et éviter ce qu'il a de nuisible.

La guérison de la morphinomanie sans souffrance, par M. Oscar Jennings, traduit de l'anglais par M. Albert Ball, 1 vol. in-16 de 232 pages. A. Maloine, éditeur, Paris, 1902.

Se basant sur une expérience approfondie, sur des observations multiples qu'il relate, l'auteur condamne la méthode de traitement, dite rapide, de la morphinomanie, sauf pour les cas exceptionnels. Il réduit progressivement le poison, de façon à assurer, avec les autres moyens employés pour parer aux malaises créés par l'état de besoins, la suppression de toute souffrance. En tout cas, M. Jennings n'exige pas la séquestration; chaque pas fait ou avant doit être gagné, non par la contrainte, mais par la libre volonté. La rééducation de celle-ci est la meilleure des garanties contre les rechutes, alors que l'internement laisse chez ces malades une sorte de suggestion latente et l'impression qu'ils ne pourront résister seuls aux besoins de retour.

Diagnostic gynécologique, organes génitaux et mamelles, 1 vol. in-18 de 821 pages, avec 109 figures dans le texte, par M. Clade. A. Maloine, éditeur, Paris, 1902.

Pour dépister une affection, M. Clade s'attache à toujours partir d'un trouble fonctionnel ou d'un symptôme saillant, autour duquel viennent se grouper successivement les autres signes révélés par l'interrogatoire et par l'exploration. La discussion de la valeur relative de ces signes est ensuite poussée aussi loin qu'il est nécessaire. Reste à suivre l'évolution et les variations symptomatiques de l'affection, de manière à pouvoir diagnostiquer celle-ci à ses différentes phases. Aussi l'ouvrage de M. Clade est-il non seulement un exposé pur et simple de diagnostic, mais encore une étude clinique complète pour chaque maladie. Et si l'on ajoute que de nombreuses figures viennent aider à l'intelligence du texte, on se rendra aisément compte du succès qui lui a été réservé.

Causes de la dépopulation, Relèvement de notre natalité, Secours à la vieillesse, par M. Maurel, 1 vol. in-8 de 100 pages. O. Doin, éditeur, Paris, 1902.

La cause principale de la dépopulation ne réside ni dans l'exagération de notre mortalité, ni dans la diminution de notre nuptialité, ni dans notre émigration, mais bien dans la diminution voulue de la fécondité des mé-

nages, et cela parce que l'éducation des enfants est devenue trop onéreuse. M. Maurel croit qu'on la ferait disparaître si l'on instituait ce qu'il appelle « la pension de famille », c'est-à-dire la part contributive que tout enfant, dès l'âge de vingt-cinq ans, serait tenu de payer à ses parents ayant atteint la soixantième année. Fixée à un taux suffisamment élevé, elle permettrait aux procréateurs d'y trouver une compensation aux peines, soucis et sacrifices inhérents à l'éducation de leurs enfants. Si à cela on ajoutait le dégrèvement des impôts par les familles nombreuses, et l'impôt compensateur pour celles qui n'ont pas d'enfants ou en ont peu; la limitation du droit de tester pour les célibataires et les ménages sans enfants; la part prélevée sur ces héritages pour aider les familles nombreuses; l'allégement du service militaire et enfin les faveurs de l'État accordées de préférence, presque de droit, à ces mêmes familles, tous moyens proposés par l'Alliance nationale pour l'accroissement de notre population, on finirait peut-être par convaincre les parents qu'élever beaucoup d'enfants c'est le moyen de s'assurer une retraite proportionnée à leurs peines.

Sans souscrire absolument à toutes les idées émises par M. Maurel, on ne peut s'empêcher de reconnaître qu'elles sont ingénieuses et susceptibles d'aider à la réalisation du but recherché.

Traité de technique microbiologique à l'usage des médecins et des vétérinaires, par MM. M. Nicolle et F. Remlinger, 1 vol. de 1034 pages, avec 211 figures dans le texte. Préface de M. Roux, sous-directeur de l'Institut Pasteur. O. Doin, éditeur, Paris, 1902.

Le livre de MM. Nicolle et Remlinger est un livre vécu, écrit par des professionnels. Véritable traité de technique, il n'expose pas des théories, mais des méthodes et des documents pratiques.

L'installation d'un laboratoire de bactériologie; l'élevage, la nourriture, les maladies des animaux qu'on utilise; leur degré de réceptivité aux différents virus; les moyens employés pour vaincre leur résistance, sont tout d'abord exposés avec soin.

Suit l'étude pratique des fermentations, des diatases, des poisons microbiens, de la préparation des divers vaccins, de la morphologie des leucocytes et du cyto-diagnostic.

Sont étudiées enfin, au point de vue bactériologique, les maladies microbiennes catégorisées suivant qu'on les observe sur l'homme et les animaux, ou rien que sur l'homme, ou rien que sur les animaux, la tuberculose, la lèpre, le farcin en fournissant les types.

Les applications de la bactériologie à l'hygiène en ce qui concerne les eaux, l'air, le sol, les aliments, le lait, le beurre et le fromage terminent l'ouvrage.

Absolument au courant des dernières acquisitions de la science microbiologique, celui-ci se recommande encore par l'originalité du plan et du style et par la sûreté de la documentation, ce qui permet de lui assurer un franc et légitime succès.

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Maladies des voies respiratoires.

Bronchites diffuses. — Combattre la fièvre et les phénomènes généraux par le *sulfate de quinine* associé à la *poudre de Dower*.

Sulfate de quinine.....................	0 gr. 30
Poudre de Dower......................	0 » 15

Pour un cachet. Deux par jour.

La toux par les moyens indiqués, mais être sobre d'opium qui entrave l'expectoration.

Favoriser au contraire l'expectoration et la décongestion par l'emploi de l'*ipéca*, du *seigle ergoté*.

Julep gommeux ou looch blanc........	125 gr.
Poudre d'ipéca......................	0 » 30
Ergotine Bonjean.....................	2 »
Fine champagne.....................	40 »

Une cuillerée à soupe toutes les deux heures.

(Renaut.)

Révulsion à l'aide de *ventouses sèches* et de *cataplasmes sinapisés*.

Quand l'expectoration devient abondante et purulente prescrire la *terpine*.

Ou :

Terpine...............................	10 gr.
Glycérine..............................	150 »
Alcool à 90°...........................	150 »
Sirop de miel....	125 »
Teinture de vanille.....................	10 »

2 à 4 cuillerées à bouche par jour.

Au déclin, *sulfureux :* Eaux-Bonnes (une grande bouteille avec lait chaud) ; eau de Labassère (un demi-verre), etc.

Quand il existe une tendance à l'empyème, iodure de potassium (0 gr. 25 à 0 gr. 50 par jour).

Indications particulières suivant les âges, les tempéraments.

Chez les vieillards, soutenir le cœur au moyen de la *caféine* en injections sous-cutanées.

Chez les lymphatiques *régime lacté, purgatifs drastiques, émissions sanguines.*

Chez les arthritiques, uricémiques, *régime lacté partiel; alcalins.*

La bronchite secondaire des maladies infectieuses : grippe, fièvre typhoïde, rougeole, etc., est surtout justiciable des *enveloppements froids du thorax*, des *bains froids.*

Chez les tuberculeux, *repos au lit, ventouses sèches, carbonate de gaïacol* (0 gr. 40). — G. LYON.

Maladies du système nerveux.

Du tabès sénile. — Le tabès est surtout commun entre 25 et 45 ans, mais il n'est pas rare de le rencontrer chez des sujets beaucoup plus avancés en âge. En dépouillant 350 observations recueillies depuis vingt ans tant dans son service d'hôpital qu'à ses consultations externes M. Pitres (*Journal de médecine de Bordeaux*, 18 mai 1902), en trouve 87 (soit 25 p. 100), qui se rapportent à des malades ayant dépassé la cinquantaine.

La symptomatologie du tabès tardif des vieillards ne se distingue que par de légères nuances de celle du tabès précoce des adultes. Les signes essentiels sont identiques, leur évolution seule est un peu différente.

Les lésions sont semblables dans les deux cas. L'autopsie de deux sujets devenus tabétiques, l'un à 55, l'autre à 58 ans, a révélé, dans les deux cas, que les artères périphériques et les grosses artères spinales étaient profondément athéromateuses, mais l'atrophie des racines postérieures et la sclérose des cordons

postérieurs avaient exactement les mêmes apparences et la même distribution topographique que dans les cas vulgaires de tabès de l'adulte.

En somme, les cas de tabès tardif des vieillards sont surtout intéressants par leur étiologie. Moins étroitement subordonnés à la syphilis que les cas de tabès de l'adulte, ils paraissent dériver indirectement de toutes les causes aiguës ou chroniques qui sont susceptibles d'engendrer des altérations dégénératives diffuses du système artériel (sénilité, alcoolisme, maladies infectieuses accidentelles, etc.). Ils constituent peut-être plutôt une des manifestations de l'artério-sclérose spinale qu'une conséquence de l'infection syphilitique des centres nerveux.

Gynécologie et obstétrique.

Le choix et le régime de la nourrice. — Les conditions que doit remplir une bonne nourrice, d'après H. Gillet, sont multiples, et le médecin a souvent de la difficulté à s'assurer qu'elles sont remplies, par suite du manque de bonne foi de la part de la femme qu'il examine dans un bureau de placement, à la ville.

A la campagne, en province, on peut mieux se renseigner.

La mère qui nourrit doit répondre aux mêmes conditions.

Age. — Une nourrice doit ne pas avoir moins de vingt ans et pas encore trente-cinq et mieux vingt-cinq à trente.

Date de l'accouchement. — On a donné comme règle de choisir une nourrice accouchée depuis ***plus de trois mois et moins de six.***

Nombre d'accouchements. — Une ***multipare*** sera préférée à une primipare. Toutefois, on ne refusera pas une ***primipare vigoureuse.***

Antécédents pathologiques. — On doit dépister : la tuberculose, la syphilis, l'épilepsie, l'hystérie, et toute autre maladie.

Examen direct. — Examen local. — Seins. — On verra ***les deux seins***, l'un pouvant être atrophié.

On fixera son choix sur les seins ***bien détachés*** de la poitrine, ***pleins de nodosités*** et non bourrés de graisse, ***fermes à veines développées, à mamelons bien sortis,*** non rentrés, ***perforés d'orifice***

multiples; à la pression, il doit en sortir des jets comme d'une pomme d'arrosoir, *sans crevasses*, etc.

Examen du lait. — On peut faire l'analyse chimique, mais le plus souvent l'examen clinique suffit, soit le procédé du compte-gouttes d'Helot, d'une seringue de Pravaz, soit le procédé diaphanométrique d'Hénocque à l'aide de l'hématoscope.

Le plus souvent on se contente d'un examen à la vue.

Examen général. -- On a prévenu le public médical contre les nourrices blondes, surtout les rousses vénitiennes de Landouzy, qui, comme les grêlées de variole, seraient prédisposées à la tuberculose.

Les rousses ont, de plus, souvent des sueurs odorantes qui gênent l'enfant (P. Legendre).

On terminera l'examen par la revue des principaux organes, en quête surtout d'une syphilis ou d'une tuberculose possibles.

Le mauvais état de la dentition peut provoquer la dyspepsie (Porak).

Nourrices réglées. — On ne peut trancher d'une façon absolue la question des nourrices réglées. L'enfant seul sert de réactif.

Certains enfants ont, au moment des règles de leur nourrice, des troubles digestifs qui se prolongent.

Chez ceux-là, il faut changer la nourrice.

Chez d'autres, il y a un léger arrêt dans l'augmentation de poids, sans plus; chez ceux-là, on peut garder la nourrice.

Régime des nourrices. — Base du régime. — La mère ou la nourrice doit non seulement fournir à son entretien vital, parfois même encore à sa croissance, si elle est très jeune, mais prendre les aliments nécessaires au bon fonctionnement de la glande mammaire. Elle a donc besoin d'un régime substantiel et varié.

Composition. — Ration. — D'après Constantin Paul, à la crèche de l'hôpital de la Charité :

Boissons : Vin coupé d'eau, ou bière, un demi-litre au maximum en vingt-quatre heures de boisson alcoolique légère, boisson aqueuse à discrétion.

Pain : 450 à 600 grammes.

Petit déjeuner.	Lait	125	gr.
Déjeuner midi	Soupe maigre	0	lit. 30
	Viande cuite	100	gr.
	Farineux	0	lit. 15
Dîner (soir)	Soupe grasse	0	» 30
	Légumes farineux ou 2 œufs.	0	» 15
	Riz	0	» 30

Interdire : choux, boissons alcooliques fortes.

Se méfier parfois de : oseille, cresson, moules.

1° Conserver son mode habituel tant pour les solides que pour les liquides; d'un pays à bière, elle doit continuer à boire de la bière. Normande ou Bretonne, du cidre, du vin, si c'est la coutume de son pays; mais la *boisson alcoolique* doit toujours être prise en *quantité très minime*.

2° Corriger les fautes d'hygiène alimentaire qu'elle pouvait commettre auparavant.

D'après M. Boissard, il faut s'interdire de donner aux nourrices les médicaments et substances suivantes, drastiques, emménagogues, digitale, pilocarpine, purgatifs salins, podophyllin, rhubarbe, arsenic, antipyrine, opium, sulfate de quinine.

Parmi les substances alimentaires : asperges, alcool, régime lacté absolu sauf albuminurie ; mais mieux vaut changer la nourrice, quoiqu'on ait cité des enfants nourris sans inconvénients par des albuminuriques.

Pour l'alcool, MM. Lancereaux et Vallin ont insisté sur les effets déplorables des abus d'alcool commis par la nourrice sur la santé du nourrisson.

Maladies vénériennes.

Traitement de la syphilis par les injections intra-musculaires d'hermophényl. — Les composés mercuriels employés jusqu'à ce jour dit M. Nicolle (*Revue médicale de Normandie*, avril 1902), en injections sous-cutanées ou intra-musculaires pour le traitement de la syphilis sont extrêmement nombreux. La multiplicité même

de ces produits, dont la liste ne paraît pas épuisée, montre clairement qu'il n'en est pas de parfait et que les meilleurs ne sont pas exempts de reproches.

Les préparations mercurielles insolubles, qui sont d'un emploi si commode, puisqu'il suffit d'une injection répétée toutes les deux ou trois semaines pour assurer un traitement efficace, ont provoqué, dans les mains les plus expérimentées, des accidents souvent fâcheux, quelquefois graves : développement d'indurations locales, douloureuses et persistantes, formation d'abcès, cicatrices indélébiles, et quelquefois aussi toute la série des accidents de l'intoxication hydrargyrique ; avec cette complication qu'il est presque impossible d'aller extraire le mercure injecté et de s'opposer ainsi à l'absorption du poison déposé dans les tissus.

Les composés solubles employés jusqu'à ce jour sont en général à l'abri de ces reproches, tel l'hermophényl, composé organo-métallique contenant 40 p. 100 de mercure très soluble dans l'eau et dans lequel les réactions sont masquées.

Les injections intra-musculaires d'hermophényl constituent un mode de traitement très efficace de la syphilis à toutes ses périodes; elles sont d'une innocuité absolue, à la condition d'observer quelques précautions. Il vaut mieux ne pas employer la voie hypodermique.

La solution d'hermophényl, à 1 p. 100, pourrait être remplacée avantageusement par une solution d'une concentration double. Il suffirait alors d'en injecter un centimètre cube seulement à chaque séance. La non-toxicité du produit est telle que nous n'hésiterions pas, dans l'avenir, en présence de cas particulièrement graves, à employer des doses plus fortes et à répéter plus souvent les inoculations.

Chirurgie générale.

Opportunité de l'intervention chirurgicale précoce dans l'appendicite aiguë. — L'expectation absolue, dans l'appendicite, est pour M. Baillet (*Touraine médicale*, 15 août 1901) une pra-

tique dangereuse, le taux de mortalité avec une telle manière de faire est relativement très élevé.

Si, pour une raison qui lui est particulière, le médecin traitant ne veut pas faire opérer son malade de suite, ou si l'autorisation n'en est pas donnée, il est cependant nécessaire qu'un chirurgien soit appelé dès le début, qui suivra le malade avec le médecin traitant. Une surveillance constante, de tous les instants, devra être exercée sur le malade, afin de saisir dès ses débuts une complication qui viendrait à se produire, et afin que l'indication à opérer soit reconnue aussitôt qu'elle se présentera; il devra alors être procédé à l'opération immédiatement.

Il y a, on le conçoit, une difficulté considérable dans la pratique courante, surtout dans les campagnes, à réaliser ces différents postulats; c'est cependant la seule façon d'arriver à sauver ses malades; si on ne peut réaliser ces conditions, on opère toujours trop tard, et les résultats sont tellement mauvais qu'autant vaudrait s'abstenir.

Pour ces raisons, l'opération dans la période aiguë, mais avant la survenance de toute complication, est recommandable. Mais, en raison des difficultés et des dangers de l'opération effectuée, quand déjà la réaction péritonéale produit l'enkystement de la région appendiculaire, il vaut mieux la réserver aux cas où on est certain d'agir dans les 48 premières heures.

Comme on devait le penser *à priori*, l'intervention dans ces conditions présente peu de difficultés, et peu de dangers. Elle peut être grave exceptionnellement dans les cas où il existe une intoxication générale de l'organisme, et l'expectation dans ces cas serait peut-être préférable.

Afin d'éviter toute perte de temps, et toute fatigue pour le malade, le transfert du sujet devra être évité. L'opération peut être faite n'importe où, à n'importe quelle heure, sans danger pour l'opéré. D'autre part, il n'est pas nécessaire, en général, à ce qu'il soit, après l'opération, soumis à une surveillance spéciale, il peut être traité à domicile.

Du diagnostic et de l'intervention sanglante dans les perforations typhiques. — La péritonite par perforation, dit M. Hagepoff (de Constantinople) (*Gazette des hôpitaux*, 24 mai 1902), qui survient au cours de la fièvre typhoïde, est une complication très grave, et, malgré les quelques guérisons spontanées ou médicales que l'on a signalées, son pronostic est des plus sombres. Aussi, dès que le diagnostic est posé, doit-on s'adresser au traitement chirurgical, que l'on considère aujourd'hui comme le seul moyen rationnel et efficace.

Si l'on éprouve parfois quelques difficultés pour le diagnostic, on peut toujours y arriver d'une façon presque certaine, du moins en ce qui concerne la perforation. La *douleur abdominale brusque*, qui manque rarement, et la *contracture de défense musculaire*, qui est précoce, sont deux signes précieux qui, combinés aux *modifications du pouls* et *du facies*, peuvent déjà nous mettre dans la voie du diagnostic et nous fixer, dès ce moment, sur notre conduite à tenir, car la température ne mérite pas l'importance qu'on a cru devoir y attacher, et les *frissons* ainsi que la *disparition de la matité hépatique*, qui paraît un bon signe, sont des symptômes que l'on rencontre assez tardivement.

Les autres complications de la dothiénentérie avec lesquelles il est possible de confondre la perforation pourront néanmoins s'en distinguer souvent assez aisément. Il existe une forme simulant l'*occlusion intestinale*, dans laquelle l'erreur ne sera heureusement pas préjudiciable au malade, l'opération se trouvant également indiquée dans ce cas.

La coexistence de l'*hémorragie* et de la péritonite par perforation imprime à celle-ci une modalité clinique spéciale que l'on doit bien reconnaître. L'*examen du sang* pourrait peut-être, dans ces cas douteux, venir contrôler le diagnostic.

En tout cas, pour assurer le nombre des succès, il faut que l'intervention soit aussi *précoce que possible* et *que le malade puisse opposer une résistance nécessaire pour la supporter*. C'est du moins ce qui ressort d'après les nombreuses statistiques dressées à ce

sujet ; elles donnent actuellement une proportion de 23 à 26 p. 100 de guérisons.

Les objections qu'on a soulevées contre la méthode sanglante n'ont pas leur raison d'être, vu la connaissance approximative du siège de la perforation, l'unicité habituelle de celle-ci et la solidité parfaite et rapide des sutures. Même dans les cas désespérés, on a observé des guérisons ou des survies parfois longues.

La *durée* de l'intervention doit être très courte et l'anesthésie sera surveillée. L'*incision abdominale* peut être *médiane* ou *latérale*, *simple* ou *double* suivant l'étendue des lésions. Mais le *drainage* est toujours indispensable, qu'il soit simple ou multiple ; et la *suture à la Lembert*, à *points séparés*, sera la règle pour la réparation intestinale. Il ne faut fermer le ventre qu'incomplètement.

Enfin, le *lavage* abondant, chaud, à l'*eau bouillie*, salée ou non, sera préférable au simple nettoyage avec des compresses, lorsque la péritonite est généralisée, ce qui est le cas habituel.

Le Gérant : O. DOIN

IMP. F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE. — PARIS-6e



Directeurs d'hôpitaux. — La robe de chambre électrique. — Recherche simple et très sensible de l'albumine dans l'urine. — Précaution à prendre dans l'anesthésie générale. — Disparition de l'odeur d'iodoforme. — Conservation des solutions de sublimé. — La rage à l'Institut Pasteur en 1901. — Action analgésique de la lumière bleue. — Longévité des savants.

Pourquoi, dit le *Correspondant médical*, donne-t-on la direction d'un hôpital à un homme qui n'a aucune compétence médicale? En Angleterre, elle est confiée à une femme, à une matrone; le directeur ou économe n'est chargé que de la comptabilité. Les nombreuses associations féminines, au lieu de réclamer le droit pour les femmes avocates et professeurs de Faculté, feraient mieux de demander l'accès de professions où elles sont supérieures aux hommes, comme celles de diriger un hôpital.



Il y a bien des manières de faire de l'électricité thérapeutique, mais aucune ne saurait lutter d'originalité avec la robe inventée récemment par M. Philipps (de San-Francisco). Du reste, le traitement préconisé n'aurait pas seulement l'avantage de guérir tous les maux ou à peu près, dont souffre l'humanité, il posséderait d'autres vertus, celle notamment de nettoyer, dans la perfection, la peau du malade qui s'y soumet. Aussi, M. Philippe lui a-t-il donné le nom de bain électrique.

Pour profiter des avantages médicaux et détersifs qu'il pro-

cure, la *Gazette de Gynécologie* apprend qu'on doit simplement revêtir une espèce de robe de chambre, très longue, pourvue de manches, et dans l'étoffe de laquelle l'inventeur a fait tisser, en un réseau savamment combiné, quelque cent mètres de fil de cuivre, dont les extrémités sont mises en relation avec un commutateur électrique à haute fréquence. On n'éprouverait, semble-t-il, qu'une sensation agréable de chaleur pendant l'opération, dont la durée est de quinze à vingt minutes, et qui a pour but de provoquer une sudation très abondante.



Le procédé suivant est indiqué par l'*Union pharmaceutique* comme un moyen simple et très sensible de rechercher de l'albumine dans l'urine : dans un verre à réactif bien blanc et bien propre, on verse de l'eau distillée bouillante, dans laquelle on fait tomber une goutte d'urine. Si celle-ci contient des traces d'albumine, il se produit dans le liquide, sur le passage de la goutte d'urine, gagnant le fond, une opalescence très caractéristique, ressemblant en tout à la fumée d'un cigare. Cette méthode est beaucoup plus sensible que la méthode par l'ébullition et est surtout recommandable lorsqu'on n'a que quelques gouttes d'urine à sa disposition.



On prend en général la précaution de préserver par des onctions à la vaseline la peau de la face des sujets soumis à l'anesthésie chloroformique. Il faut protéger aussi avec beaucoup de soin les yeux des patients, car le chloroforme pur en application sur les muqueuses se comporte comme un acide et brûle. C'est ainsi qu'un des infirmiers de Poncet (de Lyon) qui avait reçu dans l'œil une goutte de chloroforme présenta une kérato-conjonctivite aiguë avec destruction complète de la membrane de Bowmann comme si celle-ci avait été en contact avec une goutte

d'acide sulfurique. Des faits de ce genre ne sont pas absolument exceptionnels. L'éther est moins dangereux, mais son contact avec la conjonctive et la cornée n'est pas sans inconvénient.



Tous les chirurgiens ont constaté la difficulté à faire disparaître l'odeur de l'iodoforme qui s'attache aux mains qui ont touché un pansement iodoformique. M. F. Lafforgue indique un moyen pratique de se désodoriser complètement. Après lavage des mains au savon, il suffit de verser dans la paume des mains 15 à 20 grammes d'eau de fleurs d'oranger pure, qui se trouve partout, dans toutes les maisons, et de la promener sur toutes les parties qui ont été en contact avec l'iodoforme. L'odeur de ce dernier corps est totalement supprimée.



On ne saurait prendre trop de précautions pour conserver intactes les solutions titrées en général, celles de sublimé en particulier. Celles qui sont faites avec de l'eau distillée restent assez longtemps sans altération dans des flacons en verre blanc, vert ou bleu, si on ne les expose pas à la lumière solaire; dans des flacons en verre jaune, il n'y a pas de décomposition. Les solutions faites avec l'eau ordinaire ne donnent aucun précipité dans l'obscurité ou dans des fioles en verre jaune; il y a formation d'un précipité abondant dans le verre blanc, bleu ou vert. Le dépôt qui se forme dans les solutions à l'eau distillée est du chlorure mercureux.



Il résulte des statistiques que vient d'établir l'Institut Pasteur, que, sur 1.321 personnes traitées en 1901, 8 seulement sont mortes, parmi lesquelles 3 chez qui la rage s'est déclarée avant la fin du traitement. Aussi, les déduit-on du total, ce qui fait 5 cas

de mort pour 1.318 personnes traitées, soit une proportion de 0,38 p. 100.

En 1900, la proportion fut de 0,28 p. 100. La plus faible mortalité fut observée en 1898, où elle fut de 0,20 p. 100 ; la plus forte en 1894, où elle atteignit 0,50 p. 100.

°°°

Après la lumière rouge, voici la lumière bleue qui se signale par ses propriétés thérapeutiques. Minin (de Saint-Pétersbourg) ayant eu l'idée de faire agir sur des téguments enflammés, à travers un écran bleu une lampe à arc voltaïque de 50 bougies, a constaté que cette lumière avait une action sédative, voire même anesthésique telle qu'on pouvait pratiquer des incisions sans provoquer la moindre douleur. Kaiser (de Vienne) confirme ce fait et attribue à la lumière bleue des propriétés bactéricides qui pourraient s'exercer à travers les tissus.

°°°

A propos du 80e anniversaire de la naissance du professeur Jean-Frédéric-Auguste d'Esmarch qu'on vient de célébrer à Kiel ces jours derniers, il n'est pas sans intérêt de signaler d'après Helden, la longévité particulière dont les savants paraissent jouir.

La moyenne de la vie humaine est d'environ 33 ans. D'après les calculs faits sur plus de 7.000 cas, elle serait de 74 chez les astronomes, de 59 chez les artistes, de 65 chez les littérateurs et de 74 chez les savants.

Il est à remarquer que les astronomes sont singulièrement privilégiés. Pour eux seuls 1.000 recherches en auraient donné 596 ayant vécu plus de 70 ans, 206 de 70 à 79 ans, 126 de 80 à 89 ans, 15 jusqu'à 99 ans et 3 plus de 100 ans. La moyenne serait de beaucoup supérieure à la normale.

Faut-il attribuer cette longévité des astronomes à leur existence généralement calme, tranquille, aisée ; à ce que les controverses scientifiques ne les échauffent que rarement et à leur tendance acquise à la contemplation ? on l'a prétendu !!!

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

Résultats fournis par l'emploi de l'arrhénal dans la peste, le nagana, le mal de cadera, la fièvre du Texas, la malaria,

par le professeur ARMAND GAUTIER,
Membre de l'Institut.

La puissante action reconstituante des médicaments arsenicaux que j'ai fait connaître (cacodylates, méthylarsinates, etc.), et leur influence sur la reproduction rapide des grands leucocytes mononucléaires spécialement chargés de débarrasser l'économie des microbes infectieux et de leurs toxines, autorisait à essayer la médication arrhénique dans un certain nombre de maladies endémiques contre lesquelles nous n'avons encore que peu ou pas de prise : la peste, le nagana, le mal de cadera, la fièvre jaune, la fièvre du Texas, et la malaria elle-même, sous ses formes rémittentes, larvées ou tenaces. C'est le résultat de ces tentatives que je viens de faire connaître à l'Académie. Elles n'ont pas en général été couronnées de succès, je me hâte de le dire, sauf dans la fièvre du Texas et dans la malaria. Mais je crois devoir publier ces recherches, ne fût-ce que pour épargner à d'autres le soin de les recommencer après moi, et aussi pour répondre à l'objection de ceux qui ont pensé que je pouvais m'exagérer l'efficacité réelle de médicaments dont dont l'action est, en effet, merveilleuse dans certains cas, mais non dans tous.

I. — La peste

J'aurais voulu essayer les préparations d'arsenic latent sur des pestiférés humains. J'avais eu l'occasion d'être mis en rapport avec M. le Dr W. Brownrigg, chargé du *Medical Office* de la peste à Capetown, durant la guerre Sud-africaine. Je lui ai fait parvenir du cacodylate de soude et de l'arrhénal avec les indications nécessaires. Je ne sais quel a été le résultat de ses tentatives.

Je me suis donc décidé à essayer cette médication sur les animaux pestiférés. Les expériences ont été faites en avril dernier, à l'Institut Pasteur, avec l'aide du dévoué directeur du service de la peste, M. le Dr Dujardin-Beaumetz, le fils de notre ancien et regretté collègue.

Nous avons choisi l'arrhénal, parce qu'il réussissait dans la malaria, et avons établi d'abord les doses médicamenteuses qui allaient nous servir. La souris blanche supporte bien 1/2000 de son poids de méthylarsinate disodique et meurt en quarante-huit heures avec 1/1000. Le rat peut à la rigueur recevoir en injections hypodermiques 1/500 de son poids de ce médicament, mais c'est la limite extrême; il en souffre puis se rétablit. Le cobaye n'en supporte que que 1/100.000 et meurt en quarante-huit heures avec 1/10.000.

Quelques erreurs de dosages commises par quelques praticiens et pour lesquelles, dans leur inquiétude, ils venaient me demander conseil m'ont appris que l'homme adulte peut supporter en une fois jusqu'à 60 et même 70 centigrammes d'arrhénal, peut-être davantage. Mais ce sont là des doses qu'il ne faudrait pas continuer deux ou trois jours de suite, encore moins essayer chez tous les sujets. Elles représentent le 100.000e environ du poids du corps.

Munis de ces données nous avons commencé nos essais sur la peste expérimentale.

Les souris étaient infectées par inoculation à la patte d'une quantité de culture de peste pure amenant toujours la mort des témoins en quarante-six à quarante-huit heures ; les cobayes en humectant la peau rasée de très près avec le même bouillon de culture. Le tableau suivant donne quelques-uns de nos résultats sur les souris.

Quantité d'arrhénal injecté	Époque de l'injection	Nombre d'heures de survie et remarques
I... 1 centigramme. (soit : $\frac{1}{2000^e}$ environ du poids de l'animal).	8 jours avant l'inoculation pesteuse.	46 heures.
II... 1 centigramme.	4 jours avant l'inoculation pesteuse.	264 heures. (Cette souris est morte d'une staphylococcie qui a réagi localement sur l'infection pesteuse.)
III.. 1 centigramme.	4 jours avant l'inoculation.	40 heures.
IV.. 5 milligrammes.	24 heures avant l'inoculation.	48 heures.
V.. 1 centigramme.	Au moment de l'inoculation.	60 heures.

VIe souris ayant reçu la veille de l'inoculation pesteuse 1 centigramme d'arrhénal, un nouveau centigramme au moment de l'inoculation, et 1 centigramme le lendemain. Morte en 48 heures comme le témoin.

Les cobayes ont donné mêmes résultats négatifs.

L'arrhénal n'a donc d'action ni préventive, ni curative, même à forte dose, sur les animaux pestiférés. La peste est une maladie à évolution rapide, contre laquelle agissent trop tardivement les défenses de l'organisme que l'arsenic tend à faire naître, comme l'indiquent quelques-uns des chiffres précédents, mais qui restent insuffisantes.

II. — Nagana. — Mal de cadera

Ces deux affections à trypanosomes, très analogues entre elles, mais reconnues cependant différentes par M. J. Lignères (1) et par notre collègue M. Laveran (2), frappent les bovidés et les équidés dans diverses parties de l'Inde, de l'Afrique et de l'Amérique du Sud. M. Laveran et moi, chacun séparément, d'ailleurs, nous avons pensé qu'il y aurait intérêt à examiner l'action thérapeutique des composés arsenicaux organiques dans le nagana ou surra, et M. Lignères, à Buénos-Ayres, a fait les mêmes tentatives pour le *mal de cadera.*

Des expériences furent d'abord tentées à l'Institut Pasteur, par M. Laveran, sur des rats naganisés. Le médicament parut n'avoir aucune efficacité quoiqu'il eût été employé aux doses colossales de 1/1000 et de 1/500 du poids de l'animal.

Sur ces entrefaites, je reçus de l'île Maurice, frappée au commencement de cette année d'une épidémie meurtrière de surra ou nagana qui faisait disparaître rapidement mules et chevaux, une lettre de M. le Dr Bour, médecin des hôpitaux de Maurice, lettre datée du 24 mai 1902, dont j'extrais le passage suivant :

« Contre le surra on avait essayé inutilement toutes sortes de médications : le fer, la strychnine, l'arsenic, avaient été employés sans succès... Je venais de recevoir quelques échantillons d'arrhénal et l'expérimentais avec succès chez les paludiques dont j'avais une vingtaine de cas par jour

---

(1) *Contribution à l'étude de la trypanosomose des équidés sud-américains*, par J. Lignères, Directeur de l'Institut national de bactériologie de Buenos-Ayres (1901), p. 16 et 108.

(2) A. Laveran et F. Mesnil. *Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, t. CXXXV, p. 838.

dans quelques-uns de nos hôpitaux de laboureurs indiens...

« J'arrivai par analogie à conseiller le même sel pour les bêtes malades de surra, à la dose de 50 centigrammes en injections sous-cutanées... Dix mules dont la température était au-dessus de 40 degrés reçurent chacune une injection. Vingt-quatre heures après, la température tombait à la normale pour s'y maintenir, chose qui ne s'était vue avec aucune médication précédente. Un mulet qui, depuis quelques jours, refusait toute nourriture et avait un œdème des plus prononcés au bas-ventre, au fourreau, au scrotum et aux jambes, et une température de 35°8, était complètement remis avec disparition de tous les symptômes et retour de l'appétit après trois injections d'arrhénal... Je m'empresse de vous faire connaître ces résultats, etc... »

Au reçu de cette lettre, je m'entendis avec M. Laveran pour reprendre de nouvelles expériences sur les animaux. Des rats, des souris et des chiens, furent inoculés au nagana après avoir subi préventivement des injections d'arrhénal à doses variables, celles que les essais précédents sur la peste m'avaient fait connaître. Les autres reçurent au moment de l'infection, et les jours suivants, de fortes doses d'arrhénal. Dans aucun cas, les trypanosomes ne parurent atteints. La maladie se déroula normalement et les animaux infectés et traités furent emportés exactement comme les témoins.

Ces dernières observations, quoiqu'elles aient été faites sur des rongeurs et des chiens, et non sur des équidés, me laissent bien peu d'espoir de trouver dans la médication arrhénique un moyen de combattre efficacement cette dangereuse maladie.

Pendant que ces expériences et observations se faisaient à l'île Maurice et à Paris, M. L. Lignères, directeur de l'Institut national bactériologique de Buénos-Ayres, essayait les

arsenicaux organiques dans le *mal de cadera*, maladie due aussi à un trypanosome et qui est toujours mortelle pour les chevaux, ânes et mulets qu'elle frappe. Les animaux, tout en conservant leur appétit jusqu'au bout, maigrissent peu à peu; les membres, surtout les postérieurs, sont atteints de faiblesse, puis finalement de parésie (1): l'animal est pris d'une anémie profonde accompagnée d'accès de fièvre et meurt en quatre à cinq semaines, quelquefois en quelques mois, à l'état squelettique.

Le microzoaire spécifique de cette affection est un trypanosome découvert par le Dr Elmanian. Il se distingue de celui du nagana en ce qu'il ne présente pas à la naissance du flagelle, comme le T. Brucei qui cause cette dernière maladie, de corpuscule ou centrosome colorable par l'éosine-bleu de méthylène (Lignères), et aussi parce que les animaux immunisés contre le nagana ne le sont pas pour le mal de Cadera (Laveran et Mesnil, *loc. cit.*).

Chez les chevaux atteints de la maladie de la croupe, les arsenicaux furent essayés avec persistance par M. Lignères. Il résume ainsi ses observations sur le traitement (*loc. cit.*, p. 107).

« Jusqu'ici nous avons surtout étudié l'action de la quinine et des composés arsenicaux sans obtenir de résultats vraiment utiles. Nous avons souvent retardé la mort, mais sans guérir jamais... Nous injections chaque jour sous la peau des chevaux infectés 0 gr. 70 à 1 gramme d'arrhénal en solution dans 20 cc. cubes d'eau, une semaine sur deux. Nous n'avons guéri aucun animal. »

(1) D'où le nom de *mal de cadera* ou mal de la croupe.

III. — Fièvre du Texas ou tristezza

Cette maladie, qui frappe surtout l'espèce bovine, s'observe dans le sud des États-Unis, en République Argentine, en Australie et dans quelques parties de l'Europe (Roumanie, Danemark). Elle est due à un protozoaire endoglobulaire, le *piroplasma bigeminum* (Babès, Smith et Kilborne), très différent de celui de la fièvre palustre, parasite inoculé à l'animal par piqûre d'acariens de la famille des ixodidés. Il se multiplie dans les globules du sang par simple scissiparité et rupture du globule rouge. Redevenu libre dans le plasma, il présente de nouveaux globules.

L'animal atteint est abattu, triste, pris de fièvre par intermittences irrégulières. Il s'anémie, dépérit peu à peu, et très souvent est atteint d'hémoglobinurie. La maladie évolue en quelques semaines. Elle est généralement mortelle. Les épidémies sont très meurtrières. On ne connaît aucun médicament utile.

Il était naturel d'essayer la médication arrhénique dans cette sorte de fièvre à hématozoaires endoglobulaires, si rapprochée de la malaria. C'est encore le savant directeur de l'Institut bactériologique de Buénos-Ayres qui l'a fait, et avec quelque succès. Ses observations peuvent se résumer dans le passage suivant d'une lettre qu'il m'adressait le 6 novembre dernier :

« Pour ce qui est de la *Tristezza*, dans la forme aiguë avec hémoglobinurie, je n'ai pas eu de succès. Au contraire, quand on a affaire aux formes lentes, quoique graves, l'efficacité de l'arrhénal paraît évidente. *Ce médicament permet de sauver les animaux qui auraient succombé presque fatalement aux accidents nerveux de la maladie.* J'ai essayé bien des doses et me suis arrêté à l'injection sous-cutanée de 8 à 10 cc. d'une

solution à 5 p. 100. Il faut éviter d'employer les solutions trop fortes, ou non claires, si l'on ne veut pas faire naître d'abcès. »

IV. — Malaria

Nos premières observations déjà publiées avec M. Billet sur la disparition de l'hématozoaire et la guérison de la malaria sous l'influence de la médication arrhénique ont été la raison déterminante des précédentes tentatives dont le succès a été malheureusement, comme on le voit, presque généralement négatif. Après les avoir rapportées telles qu'elles sont, j'y rattacherai de nouvelles remarques importantes relatives au traitement de la malaria. J'y suis amené par la publication des quelques insuccès de deux médecins distingués d'Alger, MM. les Drs Cochèz et Trabut (1) et par un Mémoire de M. le Dr Séguin, médecin de la marine (2), qui semble aussi mettre en doute l'efficacité de la médication arrhénique dans l'impaludisme.

Je ne discuterai pas à fond leurs observations pour le moment, me bornant à remarquer qu'elles sont en désaccord avec celles de M. le médecin-major A Billet, de Constantine (3); de M. le Dr Fontoynont, ancien interne des hôpitaux de Paris, à Madagascar (4); de M. le Dr Bour, plus haut cité, à l'île Maurice; de M. le Dr Aguilar, à Alger; de

---

(1) *Bulletin médical de l'Agérie*, mai 1902, p. 191, et *Presse médicale*, 27 août 1902, p. 822.

(2) *Bull. acad. de méd.*, séance du 18 novembre 1902, p. 448.

(3) Voir *Bull. acad. de méd.*, séance du 20 février 1902, p. 101, et du 29 avril, p. 516.

(4) *Presse médicale*, 27 avril 1902, p. 824.

M. le Dr Kanellis, à Athènes (1); de M. le Dr Romary, dans le Sud algérien (Voir plus loin); de M. le Dr Bucquoy et de moi-même, à Paris. Je me bornerai seulement, à propos des cinq observations de M. Cochèz, à remarquer que, pour l'un de ces malades (Obs. V), la fièvre est tombée dès la première dose d'arrhénal de 40 à 37°8 le jour de l'accès suivant, et qu'après deux injections, le malade est sorti guéri de l'hôpital. Dans deux autres cas, l'arrhénal a été donné, contrairement à notre méthode, deux fois seulement aux malades. Et cependant, dans un de ces deux cas, avec fièvre à type rémittent, la température, qui se maintenait depuis plusieurs jours entre 40°2 et 38°8, était tombée à 37°8 à la suite d'une seule dose de 5 centigrammes d'arrhénal. Enfin, dans un quatrième cas, il s'agissait d'une fièvre quarte revenant *depuis des mois*, tous les trois jours, et qui, après avoir résisté à la quinine et à l'arrhénal, *fut guérie définitivement à la suite d'une seule dose de* 50 *centigrammes de chlorhydrate de quinine*. Ainsi cette maladie, qui, avant l'arrhénal, *résistait depuis longtemps à la quinine à haute dose, fut guérie, après le traitement arrhénique, par un demi-gramme de sel de quinine*. Cette observation suffirait à établir l'efficacité de cette association dans les fièvres malariques les plus tenaces, association que j'ai conseillée déjà moi-même dans les cas graves ou rebelles à la quinine (2). « Peut-être, disais-je,

(1) M. Spiridion Kanellis m'écrit, le 3 mai, qu'il a traité avec succès par l'arrhénal six paludéens gravement atteints, et il ajoute à la suite de ses observations que je donnerai *in extenso* si c'est nécessaire : « Dans le dernier cas, où l'on avait affaire à une fièvre rémittente palustre, contractée au Laurium, la quinine donnée à deux reprises à la dose de 1 gr. 5 avait complètement échoué; après l'emploi de deux injections sous-cutanées d'arrhénal, nous avons obtenu une guérison complète. Le malade avait eu 40°4, et un délire qui persistait malgré la quinine. »

(2) Voir *Bull. Acad méd.*, 29 avril 1902, p. 531.

dans les cas les plus tenaces, pourrait-on tirer avantage de l'emploi successif de l'arrhénal et de la quinine, l'une de ces substances permettant, d'ailleurs, de se reposer de l'autre. »

C'est cette association, involontairement réalisée par M. Séguin en Cochinchine qui explique les succès qu'il a eus en faisant, comme M. Cochèz, succéder la quinine à l'arrhénal dans les fièvres que ni l'un ni l'autre de ces deux médicaments n'avaient pu guérir (Voir en particulier son *Observation* IV) (1).

Cette remarque a été le point de départ d'observations nouvelles très concluantes faites en Algérie. Il a été établi que l'association de l'arrhénal à la quinine confère à cette dernière une efficacité extraordinaire, de telle sorte que des fièvres rebelles à 1 gr. 5 et 2 grammes de sel de quinine par jour cèdent rapidement à l'association de 30 à 40 cengrammes de quinine suivis de l'administration de 5 à 10 centigrammes d'arrhénal. Ces faits, très intéressants, seront publiés plus tard en détail, mais je dois réserver ici la priorité de ces observations à leur auteur.

Nous nous refusons d'ailleurs, M. A. Billet et moi, à laisser dire que nous pensons que l'arrhénal guérit à tout coup les fièvres les plus rebelles, et qu'il constitue un meilleur spécifique que la quinine elle-même. Mais nous pensons que l'association de ces deux médicaments est beaucoup plus puissante que chacun d'eux pris en particulier.

Il est un autre point tout aussi important sur lequel je désire appeler l'attention de nos médecins coloniaux. Il

(1) J'ai aussi observé ailleurs que la continuation des fortes doses d'arrhénal (10 à 20 centigrammes) données tous les jours *sans interruption* ramenait la fièvre au lieu de la couper. M. Séguin n'a pas tenu compte de cette remarque importante.

résulte des observations de M. le médecin-major Romary (1), attaché à la région d'Aflou, à la limite des oasis sahariens, que l'arrhénal possède une efficacité tout à fait remarquable comme préventif de la malaria dans les pays les plus dangereux. Pour le démontrer, je me bornerai à transcrire ici quelques passages d'une des lettres qu'il m'adressait à ce sujet :

« Aflou (Province d'Oran), 23 octobre 1902.

« Je considère comme établie l'efficacité presque absolue de l'arrhénal employé comme préventif du paludisme. Les observations sur lesquelles je me base sont les suivantes :

« 1° A 40 kilomètres d'Aflou, sur le versant saharien, le Ksar de Taouiala, au milieu de jardins maraîchers, avec canaux d'irrigation, au voisinage d'un oued marécageux, *est visité chaque année* par la fièvre palustre en septembre et octobre. L'an dernier, il y a eu dans cette localité, sur environ quatre cents habitants présents, trente-quatre décès par accès pernicieux et cinquante-cinq cas non mortels. J'ai institué le traitement préventif par l'arrhénal le 21 août de cette année et, *dès l'apparition des nouveaux cas de première invasion*, après avoir constaté, à cette date, de nombreux anophèles. Le traitement fut appliqué strictement, je pourrais dire militairement, sur tous les indigènes de la tribu. J'ai visité à nouveau Taouiala et ses environs le 17 octobre. Muni des listes de recensement, j'ai vu successivement la plupart des habitants et tous les chefs de famille. Depuis deux mois il n'y a eu aucun décès dans la tribu (2). Les

(1) Lauréat du prix Monbinne de l'Académie en 1901.

(2) Dans une lettre postérieure (16 novembre), M. Romary m'apprend qu'un Arabe qui, arrivé tardivement dans cette tribu, n'avait pas reçu d'arrhénal, est mort depuis du paludisme.

anciens impaludés ont guéri par le seul traitement préventif, et *aucun cas nouveau de fièvre ne s'est produit depuis le 21 août, soit parmi les anciens impaludés, soit parmi les autres.* Sur quatre cents indigènes, pas un n'a éprouvé d'accidents, ou troubles quelconques imputables à l'arrhénal... Nous ne nous sommes jamais si bien portés, me disait le Caïd. En effet, là où l'an dernier, à pareille date, on ne voyait que des individus anémiés, découragés, grelottants ou brûlés par la fièvre, on voit aujourd'hui des figures fraîches et réjouies, des travailleurs laborieux. »... « On remarquera que le paludisme commençait à apparaître à Taouiala au mois d'août, quand j'ai commencé le traitement préventif. D'ailleurs, dans cette région, on n'a pas encore pu prendre les mesures d'assainissement que j'ai déjà fait appliquer dans les autres tribus en me conformant à l'instruction de l'Académie de médecine. »

« J'ai d'autres observations, continue M. Romary, qui, quoique portant sur un moins grand nombre d'individus, paraissent tout aussi démonstratives. »

« 2° Le 22 août dernier, je vais au Kefef Melah, massif salifère triasique situé au seuil du Sahara. Je fais route avec le capitaine du bureau arabe ; deux spahis indigènes nous escortent. Il y a dans toute cette région de nombreuses mares remplies de larves d'anopheles. Nous sommes piqués par ces moustiques, nous buvons l'eau contenant leurs larves. Le capitaine et moi prenons par prudence 5 centigrammes d'arrhénal, et nous renouvelons la dose le jour suivant. Les deux spahis d'escorte n'en prennent pas... Il m'avait été rappelé peu de jours avant que mes observations sur la prophylaxie du paludisme par l'arrhénal ne pouvaient être faites que sur des indigènes non militaires et en dehors de l'hôpital. Ces deux spahis ont donc servi de témoins

involontaires. Or, tandis que le capitaine et moi restions indemnes, l'un des spahis, Mohamed ben Maamar, était atteint, le 31 août, d'un accès de fièvre caractérisé. Traité aussitôt par la quinine, il eut le lendemain un second accès atténué et paraît guéri depuis. L'autre spahi, Kadour ben Sayah, est atteint à son tour, le 4 septembre, et, à la suite de plusieurs accès, dut être hospitalisé. Aucun des autres spahis, leurs camarades, qui ne nous avaient pas accompagnés, ne fut pris de malaria. »

« 3° Au point d'eau Bou Klerouf est une briqueterie employant dix personnes parmi lesquelles trois furent, du 5 au 10 septembre, isolément atteintes de paludisme. Le 11 septembre, je visite la briqueterie et soumets tout le personnel au traitement arrhénique. Les trois malades sont rapidement améliorés, et aucun autre cas ne se produit dans la suite (1). D'autres indigènes viennent à la même époque camper sous la tente à quelques centaines de mètres de la briqueterie. Ils ne furent pas soumis au traitement préventif. Après trois semaines de séjour, sur neuf personnes, il se produisit trois cas de fièvre palustre dont un particulièrement grave. »

« Voici comment je prescris l'arrhénal préventivement : je me sers d'une solution de 1 p. 300 (3 gr. 33 par litre d'eau). Une cuillerée à bouche contient 5 centigrammes d'arrhénal. A Taouiala, j'ai fait prendre aux adultes une grande cuillerée de cette solution les 1, 3, 5, 11, 13, 15, 21, 23 et 25e jours de chaque mois. A Bou Klerouf, je l'ai

(1) Dans sa lettre suivante, M. Romary m'apprend qu'aucun cas de fièvre ne s'était produit jusqu'au 9 novembre où il repassa par Bou Klerouf, quoique l'arrhénal préventif eut été abandonné depuis plus d'un mois. Son action protectrice semble donc se prolonger assez longtemps.

prescrite journellement à la même dose par périodes de 5 jours séparées par 5 jours de repos. »

« Je conclus : 1° l'arrhénal a une action manifestement préventive contre le paludisme. Le traitement est facilement accepté et n'a donné lieu à aucun accident; 2° ce traitement préventif est surtout indiqué dans les pays et les saisons où les atteintes de la malaria sont plus fréquentes et plus graves; 3° l'emploi de l'arrhénal préventif ne doit pas dispenser des autres mesures prophylactiques; mais c'est certainement un des moyens les plus simples et les plus efficaces...

« L. Romary,
« Médecin-major à Aflou (Province d'Oran). »

Comme médicament préventif, la quinine est le seul remède qui ait jusqu'ici donné des résultats à peu près sûrs. Mais son emploi un peu prolongé a des effets désavantageux : la quinine déglobulise le sang, fatigue l'estomac, provoque assez rapidement une anémie spéciale avec dégoût des aliments, troubles digestifs et quelquefois nerveux. C'est, enfin, un médicament coûteux à dose efficace.

Il n'est que juste de rappeler ici que les préparations arsenicales avaient été utilisées, il y a quelques années, en Italie, comme préventives de la malaria (*Rapport de Tomassi Crudelli*, Rome, 1883), dans les compagnies de discipline en Vénétie, et, en 1900, dans les campagnes romaines, par le professeur B. Grassi et ses collaborateurs (1); chez nous, sur les employés et ouvriers des chemins de fer (Laveran). Mais ces essais tentés avec la liqueur de Fowler ou de Boudin, ou avec des médicaments composés dont l'acide

(1) *Relazione dell'esperimento di profilassi chimica contro l'infezione malarica.* Ostia, 1901.

arsénieux est la base, n'ont donné que des résultats incomplets, variables, l'arsenic sous cette forme étant souvent mal toléré aux doses efficaces (1). Seul l'arsenic latent ou organique peut être indéfiniment continué à doses suffisantes pour empêcher toute infection.

Je me garde d'ajouter d'autres commentaires aux observations faites sur place par les médecins de notre armée qui font le plus d'honneur à leur corps, observations prises en automne, en pleine saison d'invasion malarique et dans ces régions essentiellement dangereuses qui sont à la lisière du Sahara algérien.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement des néphrites (*suite*) (2),

par M. Muselier,
Médecin de l'Hôtel-Dieu.

B. — Néphrites chroniques

Il règne encore beaucoup d'inconnues et d'incertitudes au sujet des néphrites chroniques, et l'abondance documentaire de la littérature médicale en ce qui les concerne représente une apparence de richesse bien plus qu'une réalité. Cette

---

(1) De meilleurs résultats ont été obtenus avec les pilules préventives d'*esanofele*, employées par B. Grassi et ses collaborateurs.

En effet, en octobre 1900, sur 293 personnes soumises à ce traitement, 54 tombèrent malades de malaria, soit 18 p. 100, tandis que sur 92 personnes non traitées 86 eurent la fièvre maremmatique, soit 93 p. 100. Mais le médicament préventif de Grassi contenait à la fois l'*arsenic* et la *quinine* associés à du fer et à des principes tanniques amers.

(2) Voir les numéros 2 et 3 des 8 et 15 janvier 1903.

imperfection de nos connaissances se révèle dès les premiers pas que l'on fait dans l'étude de la question, notamment à l'endroit du mode d'enchaînement et du point de départ des lésions rénales. La dualité, c'est-à-dire la scission en deux groupes principaux : parenchymateuse, interstitielle, cette dualité, véritable dichotomie, proposée autrefois par des hommes considérables tels que Charcot, a été récemment battue en brèche et se trouve aujourd'hui bien près de disparaître. L'intervention des histologistes, en modifiant radicalement la manière de comprendre l'ordre de succession des lésions et en substituant d'autres interprétations à l'ancienne, a grandement contribué à cette transformation. C'est ainsi qu'on a pu établir entre les deux groupes une série de formes intermédiaires et de gradations qui autorisent jusqu'à un certain point à proclamer l'unicité de la maladie. En effet, d'après Brault, un des auteurs les plus compétents sur ce chapitre, certaines particularités comme la diminution de volume du rein, son ratatinement, son atrophie, ne sont plus considérés comme autant de caractères d'une lésion primitive, mais bien comme des phénomènes secondaires traduisant une série de transformations qui ont amené l'organe à cet état d'altération intime et profonde. C'est ainsi que le rein atrophique peut débuter par la néphrite parenchymateuse hypertrophiante dont il serait ainsi le dernier terme et ultimatum aboutissant. La néphrite interstitielle ne revêtirait qu'à la longue ses caractères particuliers, mais ne serait point telle dès l'origine et ne le deviendrait qu'après une série de transformations histologiques successives. Les étapes intermédiaires de cette série correspondraient à ce que l'on est convenu aujourd'hui d'appeler les néphrites *mixtes*, terme désormais consacré et qui représente dès maintenant l'opinion moyenne accréditée

auprès des pathologistes. Or, précisément, au point de vue thérapeutique, spécialement visé dans le présent article, cette nouvelle doctrine offre l'avantage d'une simplification extrêmement précieuse.

En effet, que la néphrite soit limitée à des altérations de l'épithélium dans les glomérules ou les tubes excréteurs, ou que la trame conjonctive interstitielle y participe, on ne voit pas que les conséquences au point de vue pratique en puissent être sérieusement modifiées. En fin de compte, la seule question qui intéresse le médecin est celle de savoir dans quelle mesure la lésion de l'organe retentit sur la fonction, jusqu'à quel point elle respecte ou entrave le rôle d'épuration qui lui est physiologiquement dévolu. Logiquement donc, l'idée maîtresse et directrice qui doit présider au traitement d'une néphrite chronique, quelle qu'elle soit, consiste à assurer cette intégrité de cette fonction et, corrélativement, à retarder par tous les moyens l'heure où elle doit faiblir et laisser place à l'insuffisance rénale qui apparaît comme le terme fatal des altérations irrémédiables. Il y aura ensuite à combattre cette dernière où à en pallier les effets quand des signes révélateurs indiqueront qu'elle est imminente ou déjà passée à l'état de fait accompli. Cette seconde partie du programme suppose une connaissance approfondie des modalités fonctionnelles inhérentes à l'évolution des néphrites. Or, sur ce terrain, les notions acquises sont encore incomplètes et, pour ma part, assez incertaines. Des recherches récentes les ont pourtant élargies et rectifiées, en leur imprimant un caractère de précision vraiment scientifique. Nous en trouvons un résumé assez exact dans le travail de M. Léon Bernard qui a étudié ce sujet et entrepris, pour l'élucider, une série d'observations poursuivies avec méthode et persévérance. Ce travail, présenté

ensuite sous forme de thèse inaugurale, a pour titre : *Les fonctions du rein dans les néphrites chroniques*.

Un premier fait, d'après les conclusions de M. Léon Bernard, c'est que les fonctions rénales ne sont pas uniformément troublées dans toutes les néphrites chroniques. Parmi ces dernières, il en est qui comportent la persistance de la perméabilité rénale, voire même son exagération, et d'autres sa diminution. Cette remarque s'applique d'une façon générale aux deux grandes espèces connues, N. parenchymateuse, N. interstitielle, dont les syndromes cliniques diffèrent d'ailleurs notablement, comme on le sait.

Ainsi, la perméabilité rénale paraît diminuée d'emblée dans la néphrite interstitielle, quel que soit d'ailleurs le facteur étiologique de celle-ci : saturnisme, artério-sclérose, goutte, etc. Cette diminution de perméabilité entraîne elle-même deux ordres de conséquence : des phénomènes d'intoxication par rétention ou élimination incomplète des poisons, et des phénomènes mécaniques portant, les uns sur le rein lui-même, sous forme d'hypertrophie rénale et compensatrice : les autres sur le cœur où ils se traduisent synergiquement par l'hypertrophie du cœur gauche et l'altération simultanée du rythme cardiaque, produisant habituellement le phénomène connu sous le nom de bruit de galop. C'est l'apparition de ces phénomènes, en quelque sorte solidaires et associés, qui marque la période d'adaptation et de compensation, à laquelle succède tôt ou tard une période d'hypertension cardio-artérielle avec oligurie, albuminurie plus ou moins abondante, apparition d'œdème diffus, etc. M. L. Bernard assimile cette filiation à celle que réalise l'asystolie, c'est-à-dire l'affaiblissement contractile du cœur, qui succède nécessairement, au bout d'un temps

donné, à la période souvent très longue de lutte du myocarde et de compensation efficace.

Il semble, d'autre part, que dans la néphrite parenchymateuse, à évolution plus lente, la perméabilité rénale soit d'abord conservée, puisqu'elle diminue progressivement avec les progrès de l'atrophie secondaire. La maladie peut, à ce moment de sa durée, emprunter quelques-uns des symptômes et un peu de la physionomie clinique de la néphrite interstitielle, de telle sorte que les accidents urémiques, conséquence naturelle et forcée de cet état de choses, reconnaissant en fait une pathogénie assez complexe. A ce propos, M. L. Bernard fait remarquer avec soin qu'on ne saurait identifier la signification de ces deux termes : imperméabilité rénale et urémie, car l'un peut exister sans l'autre, la première sans la seconde, et inversement, résultat qui peut sembler au premier abord paradoxal et même contradictoire.

Enfin, et ceci est à souligner, le trouble apporté aux fonctions internes du rein jouerait un rôle assez considérable, bien que peu aisé encore à définir, notamment dans l'apparition des œdèmes et de l'albuminurie, ces deux phénomènes primordiaux dans la symptomatologie générale des néphrites. Ce serait même là, d'après l'auteur que nous citons, le substratum véritable de l'insuffisance rénale, état ultime qui se complique habituellement de l'altération d'autres viscères éloignés, comme le cœur, le foie, venant ajouter respectivement leur action propre à celle de la viciation de la fonction interne du rein. Ici nous sommes sur le terrain de l'hypothèse, mais nous pouvons dire néanmoins que ces vues nouvelles ont déjà reçu leur consécration pratique sous forme de succès opothérapiques qui en ont été la confirmation inattendue et remarquable.

Pourvus de ces données, comment devons-nous concevoir et établir le traitement rationnel des néphrites? Si on réduit la question à ses termes essentiels, on voit qu'elle se présente au médecin avec une certaine simplicité, en dépit de sa complexité apparente et de ses obscurités. En effet, les différences qui séparent les multiples variétés de néphrites chroniques les unes des autres peuvent se fondre et s'unifier dans une préoccupation commune, qui consiste à assurer le plus longtemps possible une conservation suffisante de la fonction éliminatrice du rein, et à retarder proportionnellement le moment où, par suite des progrès invisibles mais continus de sa lésion, aussi bien que par l'effet de poussées intercurrentes toujours à craindre, l'organe deviendra temporairement ou définitivement inférieur à sa tâche (Brault). Telle doit être, envisagée dans son ensemble, la pensée dominante du praticien. Que la néphrite soit d'emblée interstitielle, c'est-à-dire vouée à l'imperméabilité précoce, ou parenchymateuse, état qui est un acheminement vers la forme précédente, qu'elle soit généralisée ou diffuse, ou bien limitée et partielle, qu'elle succède à une infection commune plus ou moins banale, ou à la présence d'un poison mieux défini (saturnisme, tuberculose, syphilis), cela n'a vraiment qu'une médiocre importance, le malade pouvant vivre avec l'une ou l'autre de ces deux variétés d'altération. C'est à maintenir un minimum suffisant de fonctionnement et à retarder autant que possible l'éventualité de l'urémie que le malade doit, de concert avec le médecin, s'appliquer assidûment et sans défaillance, la coopération de l'un étant indispensable à l'utilisation des efforts de l'autre. La crainte d'un danger réel et toujours imminent, dit encore Brault dont nous citons volontiers l'autorité, doit être le mobile salutaire qui guidera les prescriptions du pre-

mier et qui justifiera les sacrifices très réels du second. A. Chauffard a résumé les indications qui se posent dans le cours de toute néphrite en les rattachant à trois notions fondamentales qui sont respectivement : lésion rénale; lésions secondaires ou concomitantes des autres organes; éventualité plus ou moins prochaine ou existence confirmée de l'empoisonnement urémique. Vis-à-vis de ces trois sources d'indication, se place en premier lieu l'utilité du régime.

RÉGIME

En effet, l'utilité d'un régime alimentaire spécial s'impose ici avec l'autorité impérieuse des choses nécessaires. Acceptant comme point de départ l'idée que le rein est devenu inférieur à sa tâche et qu'il ne remplit plus suffisamment son rôle d'organe dépurateur et de filtre, le médecin est amené à réduire la ration alimentaire au strict indispensable et à en écarter tout ce qui, par sa constitution chimique, peut devenir une cause d'intoxication pour l'organisme (Chauffard). Dans cet ordre d'idées, le régime du lait s'est acquis un crédit à peu près universel, qui en fait le régime de choix dans le traitement des néphrites. Chrestien, de Montpellier, a consacré sa supériorité par un aphorisme célèbre. Peut-être cependant a-t-on exagéré son importance et étendu outre mesure ses applications. Pour l'instant, contentons nous d'indiquer les règles générales qui doivent présider à son emploi.

La première condition pour assurer le succès de la méthode, dit Chauffard, c'est que le régime lacté soit progressif et réglé. Progressif, car il faut donner au malade le temps de s'acclimater à un régime en réalité fort rigoureux dans son apparente simplicité. La dose de 2 litres et demi,

qui représente la ration normale d'entretien, ne doit être atteinte que d'une manière lente et graduelle. Il est préférable de commencer par une quantité journalière de 1 litre à 1 litre et demi, quantité suffisante durant les premiers jours. En second lieu, ce régime doit être *réglé*, prescription aussi importante que les précédentes, sinon plus. Chauffard entend par là qu'il faut donner le lait à intervalles égaux, et par doses égales : environ 200 grammes de lait toutes les deux heures. L'adjonction d'eaux minérales alcalines présente quelques avantages sur lesquels il est inutile d'insister.

L'utilité de ce régime méthodique s'affirme d'elle-même, à condition qu'il soit maintenu avec persévérance. Sous son influence, dit Chauffard que nous continuons à citer, les urines se modifient, leur quantité augmente, au point de constituer une véritable diurèse, en même temps que leur couleur s'éclaircit, que leur teneur en albumine et en sédiment diminue. La disparition des œdèmes et des autres symptômes d'origine toxique ou simplement rénale représente, avec les modifications précédentes, l'ensemble des phénomènes qui marquent l'amélioration due à l'usage exclusif du lait. Il convient pourtant d'ajouter que cette amélioration est plus lente à apparaître et généralement moins visible dans les néphrites chroniques, spécialement visées ici, que dans les néphrites aiguës ou subaiguës, où elles apparaissent avec une bien plus grande netteté. De ce chef, il y a déjà une certaine difficulté d'interprétation dans l'appréciation des effets du régime lacté vis-à-vis des néphrites anciennes. Une autre difficulté, de même ordre et aussi grande, est celle que l'on rencontre lorsqu'il s'agit d'apprécier le moment où le régime exclusif cesse d'être indispensable ou même a commencé à être nuisible en tant que régime alimentaire suffisant. C'est là, vraiment, un des

écueils majeurs de la pratique. Chauffard dit avec raison qu'il faut procéder ici par essais prudents et contrôlés, ou pour mieux dire par tâtonnements.

L'adjonction au lait de quelques aliments d'origine végétale, ayant subi une préparation culinaire très simple, est le premier pas à faire dans cette voie du changement de régime. Les différentes variétés de légumes verts, les féculents de toutes sortes, les farines alimentaires y figurent, associés au lait ou aux préparations qui en dérivent. Une fois la tolérance obtenue, on peut tâter des albuminoïdes, dont la privation prolongée cause un dommage certain à l'économie. L'usage des œufs représente le premier pas fait dans cette voie, mais ici encore il y a lieu de surveiller avec un soin extrême le retentissement de l'aliment sur le rein, à cause de l'éventualité toujours possible de phénomènes graves d'intoxication. Chauffard rappelle à ce sujet que, dans l'œuf de poule, c'est le blanc qui est souvent le plus mal toléré, que le jaune l'est davantage et constitue un bon aliment de transition entre le régime lacté et végétarien et la reprise définitive du régime certain.

En ce qui concerne ce dernier, le choix des viandes a une très grande importance. La viande de porc paraît être, sans que l'on sache pourquoi, la plus indemne de propriétés nocives, conséquemment la mieux tolérée, soit sous forme de viande fraîche, soit sous forme de chair conservée ou fumée (jambon). Les viandes dites blanches (veau, poulet) sont déjà d'une innocuité moindre, et cette remarque s'applique encore davantage aux viandes de boucherie dont l'usage, dit Chauffard, exige une guérison confirmée et solide du rein. En tout cas, une interdiction absolue et longtemps maintenue doit s'appliquer à certains aliments que leur origine où leur mode de préparation rendent justement

suspects : bouillons et potages, extraits et conserve de viande, poissons de toutes sortes, crustacées et coquillages, légumes et fruits acides, enfin boissons alcooliques de toute nature, etc.

Nous jugeons inutile d'insister sur cette énumération, à propos de laquelle nous ne pourrions que rappeler des notions déjà connues. Il nous appartient seulement de souligner, avec Chauffard, l'importance primordiale de cette question du régime chez les brightiques, la surveillance minutieuse et journalière qu'elle exige. En pareille matière toutefois il y a des nuances et des degrés, qui sont en rapport plus ou moins étroit avec la forme ou le degrés de la lésion rénale. C'est particulièrement chez les sujets atteints de néphrite interstitielle que la sévérité dans l'observance des prescriptions devient nécessaire, car chez eux la durée de la maladie comprend des années, et implique des phases d'imperméabilité qui rendent le danger de l'insuffisance rénale et l'éventualité des accidents urémiques plus probable et partant plus à redouter. A cet égard, la conviction résulte des faits très nombreux disséminés dans la littérature médicale et qui tous tendent à établir la gravité des accidents dus à un simple écart de régime. Fiessinger, d'Oyonnax, a cité encore tout récemment deux cas où il a vu la mort survenir après l'ingestion inopportune d'une faible quantité de viande blanche, d'un peu de volaille bouillie. Il s'agissait dans ces deux cas de néphrite insterstitielle avérée. La néphrite parenchymateuse semble comporter par elle-même une plus grande tolérance vis-à-vis de l'alimentation, au moins pendant une grande partie de sa durée, car on sait que vers la fin elle évolue parfois vers le type clinique de la néphrite interstitielle, par suite de l'atrophie lente et progressive du rein. Par là encore ces deux grands

types de néphropathies chroniques méritent jusqu'à un certain point de conserver leur individualité respective, et l'on ne saurait sans imprudence leur appliquer des considérations didactiques absolument semblables. Il n'empêche que, dans ses grandes lignes, le régime ne soit sensiblement le même pour l'une et l'autre, et que toutes deux méritent la plus extrême vigilance de la part du malade et du médecin.

INDICATIONS SECONDAIRES

Ce chapitre pourrait être fort long, si nous voulions lui donner l'extension qu'il comporte, car les indications secondaires au cours des néphropathies sont variées et multiples, étant donné que tous les appareils ou organes peuvent subir le retentissement de la maladie rénale et entrer chacun pour une part dans le complexus symptomatique. Mais cette sorte d'inspection de détail nous entraînerait à des développements excessifs et même étrangers à notre sujet, qui est une sorte de vue d'ensemble du traitement général des néphrites. Il est bon cependant de faire ressortir ce que l'évolution naturelle de celles-ci peut imposer des modifications à l'intervention du médecin. C'est ainsi que, vers la période terminale, c'est-à-dire à ce moment qui correspond à la désorganisation irrémédiable du rein, on voit survenir souvent des accidents d'un genre particulier qui impliquent nécessairement des modifications parallèles dans les moyens thérapeutique. Il existe notamment une phase *cardiaque* des néphrites, aboutissant à une sorte d'asystolie, phase bien connue aujourd'hui et qui change profondément la physionomie clinique de la maladie, au point d'engendrer parfois des erreurs de diagnostic. Cette phrase cardio-rénale se rencontre principalement au cours de la néphrite

interstitielle, forme qui aboutit si habituellement à l'imperméabilité du rein. La dilatation des cavités droites, l'état sub-asphyxique, l'oppression permanente, la diminution quantitative et la concentration des urines, la stase circulatoire dans les viscères immédiatement tributaires de l'action du cœur sont les phénomènes qui surviennent alors et qui marquent la transformation du syndrome rénal en une sorte de syndrome cardiaque, d'ailleurs un peu fruste, incomplet, bâtard. Cette transformation doit avoir son contre-coup sur le traitement, car elle implique l'entrée en scène des médicaments propres à réveiller ou à stimuler la tonicité du myocarde (caféine, spartéine, digitale), en même temps que des moyens destinés à combattre ou à diminuer les stases viscérales avec leurs conséquences (saignée générale ou locale, ventouses sèches, purgatifs, etc.). L'intervention ici doit d'ailleurs être prudente, en raison des circonstances spéciales où se produit cette asystolie, et particulièrement de l'imperméabilité rénale, qui est par elle-même un obstacle à l'élimination des médicaments. A cet égard, on ne saurait être trop réservé dans l'emploi de la digitale, dont l'accumulation éventuelle dans l'organisme, par l'effet de la non-élimination, pourrait devenir la cause de très graves accidents.

En dehors des accidents cardiaques, d'autres indications peuvent surgir de l'adjonction éventuelle de certains phénomènes qui n'ont avec la maladie rénale qu'un rapport éloigné, parfois même qu'une simple relation de coïncidence. Ici, on peut constater que la question du régime dans cette maladie se prête vraiment à une grande élasticité d'interprétation, et que la loi des indications peut y reprendre toute sa valeur. Tels sont, par exemple, les cas où la lésion rénale est doublée d'un élément neurasthé-

nique important dont le régime contribue à empêcher la guérison et à perpétuer la durée. Dans cet ordre d'idées, Fiessinger (d'Oyonnax) a cité récemment des faits qui démontrent l'importance du régime et les bons résultats que l'on peut en récolter. Chez les deux malades qui en furent l'objet, il a vu à un moment donné la cessation de la diète lactée et le retour à l'alimentation ordinaire (viande, vin) améliorer des symptômes neurasthéniques jusque-là rebelles à tous les moyens.

Il s'appuie sur ces deux faits, très démonstratifs malgré leur petit nombre, pour faire ressortir les inconvénients d'une réglementation diététique trop uniforme et sévère, comme celle que l'on emploie traditionnellement dans le traitement des néphrites chroniques. On saura désormais que, chez les brightiques, des accidents d'ordre purement nerveux disparaissent beaucoup plus facilement et plus sûrement par le retour à une alimentation reconstituante, dans laquelle entreront en proportions normales la viande et le vin, surtout le vin de Bordeaux, dont les propriétés toniques sont connues. Fiessinger se défend toutefois de vouloir généraliser cette remarque et pense qu'il y a lieu, en pareille occurrence, de tenir grand compte de la variété de néphrite à laquelle on a affaire. Le triomphe de la méthode semble réservé aux néphrites qui succèdent à la néphrite aiguë (parenchymat. chronique). S'agit-il, au contraire, d'une néphrite interstitielle, forme qui conduit plus vite à l'imperméabilité rénale et qui rend le rein particulièrement sensible, le médecin doit se montrer extrêmement prudent et circonspect, l'usage de la viande, même en faible quantité, pouvant dans certains cas amener de très graves accidents. A cet égard, il semble que la thérapeutique fournisse un argument favorable à la séparation des deux

espèces de néphrites, épithéliale et vasculaire, séparation déjà motivée par des raisons d'ordre à la fois anatomique et clinique.

Au reste, il semble que cette question du régime des brightiques soit en train de subir une véritable transformation, au point que les considérations qui précèdent pourraient bien, d'ici peu, exiger un remaniement devenu nécessaire.

Désormais, on s'écartera des formules étroites, systématiques, inflexibles, et on trouvera matière à de larges écarts dans le mode d'intervention médicale. Déjà quelques indépendants ont fait entendre des voix dissidentes et donnent le signal d'un commencement de réforme. Parmi eux nous citerons en particulier Von Noorden qui, tout récemment, a exposé devant des médecins anglais ses idées sur ce sujet. Notre confrère pose d'abord en principe, d'accord sur ce point avec l'universalité des praticiens, que le régime doit épargner à l'organe malade tout travail superflu. Mais il estime aussi nuisible et dangereuse de pousser trop loin cette préoccupation conservatrice. Il exprime même sa pensée à cet égard d'une façon originale, en disant que les soins dont on entoure un organe, ne doivent pas conduire à négliger les intérêts alimentaires de l'organisme. Vérité évidente par elle-même, semble-t-il, et cependant oubliée journellement dans la pratique, où l'on sacrifie trop souvent au souci exclusif de la lésion locale! En second lieu, il importe de tenir grand compte du pouvoir éliminateur des reins à l'état de maladie, Von Noorden établit que ce pouvoir est très différent suivant qu'il s'agit des produits normaux du métabolisme des tissus ou bien de substances étrangères à l'organisme : il est notablement plus marqué pour les premiers que pour les autres. Or, cette constatation doit rendre extrêmement circonspect quand il s'agit

d'administrer à un brightique une matière toxique quelconque, médicament ou autre. Par contre, elle doit atténuer la sévérité traditionnelle du régime alimentaire, puisqu'elle établit que l'élimination des produits de la désintégration intime des tissus est généralement satisfaisante : atténuation qui doit avoir elle-même son contre-coup sur la prophylaxie de l'urémie, en diminuant la rigueur des principes sur lesquels elle a été fondée jusqu'à ce jour. C'est ainsi que Von Noorden se montre beaucoup plus conciliant sur la question de l'usage des albuminoïdes qu'on ne l'avait fait avant lui, en se fondant sur ce que, dans les néphrites chroniques, le rein élimine en quantité suffisante et à peu près indifféremment toutes les albumines, quelle qu'en soit la provenance. La suppression ou seulement la diminution des aliments de cette catégorie lui paraît dès lors une mesure inutile. L'ancienne diététique, sévère et inexorable, qui les proscrivait en bloc, a désormais fait son temps : elle ne trouve plus son indication que vis-à-vis des néphrites aiguës, dans lesquelles la fonction rénale est beaucoup plus gravement et plus profondément troublée, et qui comportent par là un danger immédiat plus pressant. A l'avenir, elle devra céder la place à des combinaisons plus larges et à des interprétations plus élastiques, pour le grand bien et le plus grand agrément des malades.

Une autre question, quelque peu connexe de la précédente, est celle de l'utilité des boissons chez les brightiques. Ici encore, Von Noorden se sépare de l'opinion médicale courante. Il considère en effet comme irrationnelle et dès lors condamnable la méthode qui impose l'usage des boissons abondantes, sous prétexte de favoriser par une forte dilution préalable de la sécrétion urinaire la sortie des matériaux d'élimination. Cette méthode, d'eau engorgeant

le système vasculaire, tend à augmenter de façon correspondante le travail du cœur, déjà menacé par le fait de la lésion rénale. Chaque brightique n'est-il pas dans une certaine mesure un cardiaque, au point que dans bien des cas le trouble du cœur devient plus important que la lésion rénale? Cette considération, basée sur une conviction profonde, explique comment Von Noorden a cru devoir appliquer dans une certaine mesure aux néphrites chroniques les principes formulés par Œrtel pour le traitement des maladies du cœur, et a fait de ces principes une partie des règles de sa méthode. Il a obtenu ainsi des résultats favorables dans des cas où le cœur avait notoirement faibli, où la dilatation cardiaque avait fait son apparition. En pareille circonstance, dit-il, la restriction des liquides, à elle seule, sans autre médication, produit une amélioration réelle et importante. On voit disparaître en peu de jours la dilatation cardiaque et la sténocardie, avantage d'une haute portée, si l'on réfléchit que la faiblesse du cœur constitue la complication la plus fréquente et la plus redoutable de la néphrite chronique. C'est pour une raison semblable qu'il faut éviter l'usage d'une alimentation susceptible d'engraisser les malades (hydrocarbures), la stéatose qui en résulte étant une condition particulièrement favorable à la production de l'asthénie cardiaque. L'adipositė est une très fâcheuse complication du mal de Bright. Combinée avec une lésion rénale chronique, elle ne peut avoir que de mauvais résultats pour le cœur. La diététique ne doit jamais aller à l'encontre de ce précepte. Ainsi donc, respecter l'intégrité du cœur et ménager sa force contractile, telle est, en résumé, la formule que le médecin doit avoir toujours présente à l'esprit, s'il ne veut s'engager dans une voie fausse et finalement préjudiciable aux intérêts du malade. (*A suivre.*)

VARIÉTÉS

L'éducation physique des jeunes filles,

par le Dr Laumonier.

Au Congrès de l'Éducation physique, tenu à Paris pendant l'exposition de 1900, on a beaucoup remarqué une équipe de jeunes filles, élèves de l'un des établissements d'éducation physique les plus renommés de l'Angleterre, le collège de Kingfield, à Dartford Heath. Ces jeunes filles ont exécuté, devant les gens les plus compétents, une série d'exercices et de mouvements gymnastiques, qui, tout en rappelant par certains côtés les évolutions du corps de ballet, ont néanmoins montré quelle santé vigoureuse, quelle harmonieuse proportion de formes, quelle souplesse et quelle grâce sont capables de donner des exercices physiques, choisis et appliqués avec discernement.

Malgré les progrès accomplis à cet égard depuis une vingtaine d'années, il n'existe cependant, en France, aucun établissement comparable à ceux qui se sont fondés en Angleterre, en Amérique et en Suède pour l'éducation physique des adolescents et spécialement des jeunes filles. Dans nos lycées de filles, la gymnastique est enseignée, certes, mais d'une manière accessoire et comme à regret, et l'on n'a jamais songé à y utiliser méthodiquement les jeux des élèves, livrés au hasard et à l'inspiration du moment, pour augmenter l'endurance et la vigueur de leur corps; il faut reconnaître d'ailleurs que les parents, imbus encore des anciens préjugés, ne se montrent guère disposés à favoriser les tentatives qui pourraient être essayées de ce côté. Même à Cempuis, où M. Buisson a fait preuve d'audace et d'originalité, la culture physique n'était pas dirigée dans le sens, qui, préci-

sément, confère aux méthodes des collèges spéciaux de l'Angleterre, un cachet tout à fait singulier. Il m'a donc paru intéressant de décrire brièvement l'organisation et le fonctionnement des établissements pour l'éducation physique des jeunes filles et d'indiquer d'une manière générale les résultats qui y ont été obtenus.

Il faut noter, tout d'abord, que certains de ces établissements, et notamment le collège de Dartford Heath, que nous avons ici spécialement en vue, sont en même temps des écoles normales, c'est-à-dire que, à côté des élèves ordinaires, venues là simplement pour compléter leur éducation physique, prennent place d'autres élèves qui, elles, se destinent à l'enseignement des méthodes gymnastiques et reçoivent en conséquence une instruction spéciale plus complète. A la fin du cours, qui dure en moyenne deux ans, ces élèves sont placées, en qualité de professeurs, dans les écoles et les familles, et à des conditions très avantageuses, paraît-il.

Mais l'admission de ces dernières, dans les établissements qui nous occupent, est subordonnée à une sélection sévère, tant au point de vue des qualités morales et intellectuelles qu'à celui des aptitudes physiques. Toute tare, déformation, infirmité, faiblesse, toute maladie notoire, tuberculose, scrofule, rachitisme, chlorose, neurasthénie, toute imminence morbide même, provenant de l'hérédité, est une cause d'élimination. Il faut donc, pour être admise dans la catégorie des élèves-professeurs, que la jeune fille soit parfaitement saine et bien constituée physiquement et moralement, car, devenue maîtresse, sa responsabilité sera grande, et il lui faudra constamment donner l'exemple de la fermeté et du savoir. Comme on le comprend, cette sélection constitue par elle-même une sérieuse garantie pour les famillesl Aussi ces jeunes filles, sorties victorieuses des épreuves et de l'entraînement qu'on leur a imposé, trouvent-elles toujours facilement et convenablement à se caser, bien plus favorisées à cet égard que celles qui, ayant embrassé les autres carrières ouvertes aux femmes, sont obligées d'attendre longtemps et de lutter

péniblement pour un gain misérable et parcimonieusement payé, quand encore elles ne se voient pas, malgré tout leur mérite, définitivement condamnées à la détresse et à la faim.

Les écoles d'éducation physique sont installées de préférence en pleine campagne, afin de disposer de l'espace et des autres conditions qui leur sont nécessaires. Autant que possible, on choisit une région parfaitement salubre, éloignée des marécages, des exploitations et des industries malsaines, peu humide, peu exposée aux vents violents et froids, et située, quand il s'agit de contrées accidentées ou montagneuses de notre zone, sur les versants méridionaux. Les divers locaux doivent être isolés les uns des autres et non réunis en bâtisses immenses, comme on a la mauvaise habitude de le faire en France, car ces bâtisses, par leur disposition même, tendent à créer l'encombrement et il est difficile de les aérer et de les ensoleiller convenablement. Les salles d'étude, les classes, les halls pour la gymnastique et les jeux d'hiver sont donc séparés, d'une part des réfectoires et des cuisines, d'autre part des dortoirs ou des chambres où les jeunes filles couchent et font leur toilette. Il est bon même d'affecter à ce dernier usage plusieurs villas ou pavillons, de telle sorte que chacun deux ne renferme pas plus d'une vingtaine d'élèves, sous la surveillance d'une personne sérieuse et expérimentée.

Un bâtiment spécial peut être réservé à l'administration, mais il est indispensable que l'infirmerie soit installée dans un pavillon d'isolement, à l'écart de tous les autres, tant pour assurer la tranquillité des malades et leur éviter le bruit que pour empêcher un contage toujours possible. Naturellement, ces divers locaux construits et aménagés intérieurement pour une aération complète et le nettoyage humide, sont munis de vastes baies d'éclairage afin de permettre à la lumière et au soleil de pénétrer partout et de stériliser rapidement les germes pathogènes qui s'accumulent et prospèrent dans les endroits clos et sombres. Ajoutons que chaque pavillon d'habitation contient une salle dallée et stucquée avec des baignoires et des appareils d'hydrothérapie pour les douches en place et en promenade. Quand cela est possible par

suite de la proximité d'une rivière, on peut avoir une piscine à eau courante; mais cela n'est pas indispensable, quoique toutes les jeunes filles soient dans l'obligation de savoir nager. Enfin, dans les pays relativement froids, comme l'Angleterre, toutes les pièces doivent être convenablement chauffées à l'aide de calorifères à eau chaude ou à vapeur ou de radiateurs à régulation. Le froid ne saurait jamais empêcher une large ventilation, mais il est nécessaire de pouvoir réchauffer rapidement les chambres et les salles à une température de 15 à 18° C.

Les vêtements ont une importance toute particulière, car, en raison des exercices auxquels se livrent les jeunes filles, ils doivent pouvoir se prêter, par la nature des étoffes employées et par leur coupe, aux jeux et aux mouvements violents. Il va de soi que le corset est supprimé, mais chez les élèves qui ont la gorge très développée, on peut tolérer sans inconvénient un léger soutien (support-breast), destiné à maintenir les seins sans les comprimer. Dans les collèges anglais, on donne la préférence aux vêtements de jersey, composés de bas, culotte de forme cycliste et chandails (blouse étroite ou gilet long), avec, par-dessus, une sorte de tunique en drap, dont l'empiècement, décolleté en carré, porte des bretelles; les manches larges, agrafées à l'épaule, peuvent être quittées à volonté. En été, cette tunique est remplacée par une blouse légère. Une ceinture en tresse, fixant la taille sans la serrer, complète ce costume à la fois simple et commode.

De 7 heures du matin à 10 ou 11 heures du soir, la journée des élèves est distribuée de la manière suivante :

Aussitôt levées, les jeunes filles vaquent aux soins d'une toilette bien entendue et prennent un bain ou une douche dans la salle aménagée à cet effet. A 8 heures, elles déjeunent avec du lait, du cacao et des tartines, puis remontent à leur chambre faire le lit et remettre tout en ordre.

Ces chambres ont toutes un cubage de place très suffisant et de larges fenêtres, munies de vitres à bascule ou à trous pour la circulation de l'air, et de stores extérieurs et intérieurs; les murs

sont peints, et non recouverts de papier ou d'étoffe, les planchers imperméabilisés, enfin le mobilier est propre et très simple et le lit en fer. On supprime les tentures, les rideaux, les tapis, et, en général, tout ce qui peut accumuler la poussière, mais les élèves trouvent pourtant le moyen d'égayer la nudité des murs à l'aide de petits souvenirs artistement installés, d'aquarelles, de photographies, etc.

Deux heures, de 9 à 11, sont consacrées chaque jour à l'enseignement de l'anatomie, de la physiologie et de l'hygiène dans leurs rapports avec les exercices du corps et le maintien de la santé. Les personnes auxquelles incombe cette charge, sont naturellement choisies avec un soin tout particulier, attendu qu'elles sont obligées d'instruire les jeunes filles de matières souvent délicates et qu'il est nécessaire qu'elles y apportent en conséquence beaucoup de tact et de délicatesse, sans outrer cependant une pudibonderie qui serait déplacée ici.

L'enseignement de la gymnastique est à la fois théorique et pratique, c'est-à-dire que chaque mouvement exécuté est expliqué dans ses causes et dans ses effets, et l'on insiste avec raison sur les inconvénients d'une exécution incorrecte. Tous les exercices physiques sont ainsi passés en revue, en mettant en valeur leur action physiologique et spécialement musculaire. En Angleterre et en Suède, on enseigne également la gymnastique suédoise, suivant le système de Ling, et son application à la cure de certaines maladies et de certaines malformations. En Amérique, on donne la préférence à la méthode autogymnastique dont le *sandow* par exemple est une application. Enfin quelques élèves sont initiées à la pratique du massage.

Les démonstrations techniques ont lieu dans une salle spéciale, au moyen de squelettes, d'écorchés et de planches murales. Quant aux exercices de gymnastique, ils se font, en hiver, dans un vaste gymnase clos, dehors en été, les cordes, échelles, anneaux, barres, etc., et les divers appareils de la gymnastique suédoise étant fixés à de gros arbres. D'ailleurs, il est de règle de laisser les jeunes filles vivre le plus possible au grand air, et,

sauf quand il fait trop froid, les fenêtres et les portes restent constamment ouvertes, de manière que les élèves, passant des salles de travail dans le jardin, ou réciproquement, semblent seulement aller d'une pièce à une autre; on veille soigneusement, au surplus, à ce qu'elles soient efficacement protégées, par des vêtements chauds et appropriés, contre les variations de la température.

Une courte récréation suit ces deux heures de leçon ; en Angleterre, elle est consacrée à une légère collation, biscuits, œufs, thé ou lait, puis viennent les jeux et enfin, à 2 heures, le dîner. Ce repas, le seul sérieux, là-bas, de la journée, est abondant et varié; les élèves, en effet, ont besoin d'une alimentation suffisamment riche, attendu qu'elles sont encore dans la période de croissante (la plupart n'ont pas atteint leur vingtième année) et qu'elles font en outre une dépense considérable de forces physiques. Sans être exclusif, il ne faut donc pas craindre de donner une ration copieuse de viande et de poisson frais, avec des œufs, des légumes cuits, des fruits de saison ou des marmelades, mais on doit éviter les charcuteries (sauf jambon) et les conserves, les herbes ou les légumes crus, les vinaigrettes, les épices fortes. Comme boissons, on donne de l'eau pure de bonne qualité, du lait, du vin coupé ou de la bière légère. En Angleterre, on abuse du thé; je ne crois pas que cette boisson soit cependant très recommandable aux jeunes filles qui se livrent à des exercices violents, en raison de son action excitante sur le cœur et la circulation. D'ailleurs, l'organisation des repas m'y paraît aussi très défectueuse. L'habitude d'un seul repas, très et même trop abondant, quoique entrée dans les mœurs, conduit presque nécessairement à la surcharge gastrique, puis à la lourdeur et à l'incapacité cérébrale digestives, qui expliquent, du reste, l'inactivité relative des heures qui suivent le dîner. Je préfère donc de beaucoup les habitudes françaises, plus rationnelles, et que l'on tend, du reste, à adopter dans la plupart des établissements scolaires.

Les jeux, qu'ils précèdent ou suivent le dîner, se déroulent en plein air. Pour cela, dans un vaste jardin qui sert de cadre au

collège, différents emplacements sont ménagés, et il n'est pas inutile de les choisir dans un site et avec une perspective agréables. La contemplation de la nature agit sur l'esprit comme un tonique et sédatif puissant, et la vue de beaux arbres, de jardins fleuris, de plaines couvertes de cultures et de moissons, de collines harmonieuses, ou de montagnes profilant sur l'horizon leurs crêtes indécises, exerce la plus heureuse influence sur les jeunes mentalités.

A cet égard, rien n'est négligeable, d'autant plus que les collèges ne sont pas, comme on tend à le laisser croire chez nous, des prisons. Parmi les jeux, le Hockey, qui vient d'Amérique et jouit présentement d'une grande vogue, a la préférence en hiver, le tennis en été; le Basket-ball (balle au panier) et le Cricket (jeu de crosse) sont aussi très prisés, ainsi que la corde, le volant, etc. Mais il ne faut pas croire que les élèves se livrent à ces jeux sans direction et au hasard. Une maîtresse expérimentée surveille les mouvements et les explique, indique l'utilité de tel geste, de telle attitude, de tel effort, et montre comment le corps, dans sa vigueur et dans sa souplesse, peut grandement bénéficier de ce qui paraît n'être qu'un simple amusement. Avec cette contrainte et sous cet aspect pédagogique, le jeu semble bien morose, il n'en est rien. Les conseils et les explications donnés, bien loin de ralentir l'ardeur des élèves, ne font au contraire qu'exciter leur émulation, parce qu'on sait mettre à propos en jeu la vanité des avantages corporels à laquelle nulle femme n'est insensible. Quoi qu'il en soit, les jeux de plein air, pratiqués de la sorte, ont une action manifeste sur le développement et la proportion des formes, d'autant plus que la liberté des mouvements n'est gênée ici ni par la raideur du corset ni par la convention des robes. Si l'on en juge, en effet, d'après ce qu'on a pu voir à Paris, le corps des jeunes filles, élevées dans les collèges d'éducation physique de l'Angleterre, s'éloigne singulièrement, par la courbure gracieuse et la fermeté de ses lignes, du profil étriqué et plat que nos modernes couturières ont récemment mis à la mode.

Les sports ordinaires, bicyclette, course, lutte même, ne sont pas négligés et on leur attribue des pistes spéciales ; mais quand le temps est trop mauvais (pluie ou neige) pour rester dehors, les élèves s'adonnent à la pratique de diverses danses, depuis la gavotte et le menuet du vieux temps, jusqu'aux lanciers et à la valse de nos jours ; on emprunte même aux nations étrangères quelques-unes de leurs plus jolies danses, que les élèves exécutent parfois dans le costume même du pays. Il ne faut pas méconnaître, du reste, que la danse est, pour les jeunes filles, un des exercices les plus favorables qui soient, car elle actionne et développe les muscles des membres inférieurs et du bassin, comme on le remarque chez les ballerines, et même, dans une certaine mesure, ceux des bras et du thorax, quand il s'agit de danses de caractère, de danses espagnoles notamment, et donne enfin aux mouvements, par suite du rythme qui les règle, une grande souplesse et une grâce particuliére.

Après les jeux et les exercices de sport, les jeunes filles sont renvoyées à leur chambre, où elles changent de linge de corps et procèdent à une rapide toilette; quelques-unes prennent une douche, suivie d'un court massage ; vient ensuite le goûter, puis les jeunes filles passent dans les salles de travail où elles restent à peu près jusqu'au moment du souper. Ce temps est consacré à des leçons de littérature, d'histoire, de géographie, d'économie domestique, de pédagogie..., etc. A 8 heures a lieu le thé ou le souper, moins copieux que le dîner et composé de viandes froides avec des laitages, des confitures et des biscuits. Enfin le repas terminé, les jeunes filles sont laissées libres jusqu'à l'heure du coucher ; elles peuvent causer, lire, faire leur correspondance, s'occuper de travaux d'aiguille, un peu trop délaissés dans les collèges anglais, ou même, si elles le préfèrent, monter à leur chambre pour mettre en ordre leurs petites affaires.

Ajoutons que, pour compléter cette instruction, quelques écoles envoient leurs meilleures élèves visiter chaque année les établissements similaires de l'étranger, afin de les mettre à même de

comparer les diverses méthodes en usage et d'emprunter au besoin à chacune d'elles ce qu'elle a de meilleur.

Comme il est facile de le comprendre, l'entraînement spécial auquel les jeunes filles sont soumises dans les écoles d'éducation physique conduit à des résultats très remarquables. Non seulement le corps se fortifie, la santé s'affermit, l'intelligence se développe, mais le caractère moral tire lui-même un bénéfice considérable de ce genre d'enseignement; il acquiert plus de pondération et de droiture, car l'équilibre et le fonctionnement régulier des organes conduisent à la bonne humeur et à l'équité, et les sentiments de pitié, d'indulgence, de bonté dérivent surtout de la conscience que nous prenons de notre valeur et de notre force. D'ailleurs l'expérience est là; en dehors de ces jeunes filles, s'il est certes possible de rencontrer des traits plus délicats, des figures plus jolies, des extrémités plus fines, il est difficile de trouver des corps plus harmonieux et plus robustes, des visages plus aimables, plus frais, plus éclatants du charme que donnent la jeunesse et la santé.

Au reste, ce n'est sans doute pas uniquement pour obéir à un inexplicable engoûment que les demandes de maîtresses de gymnastique, formées conformément aux principes exposés ci-dessus, affluent de plus en plus dans les collèges d'éducation physique. Si les familles, si les écoles publiques et privées de l'Angleterre réclament avec instance de tels professeurs pour leurs enfants ou leurs élèves, ce ne peut être, il me semble, que parce qu'on a constaté l'influence bienfaisante que leur enseignement spécial exerce sur les jeunes générations.

A la constatation de ces résultats, il faut déplorer que rien encore n'ait été fait en France pour organiser un établissement analogue à ceux que je viens de décrire. Pourtant, nous nous piquons volontiers de hardiesse et nous aimons à préconiser les réformes; tout se réduit malheureusement à des paroles, et, quand il s'agit de passer aux actes, on ne trouve plus, en face de soi, que des gens indifférents et timorés, exclusivement soucieux de leur routine. Ce serait à croire qu'il n'y a plus chez nous d'esprits

ouverts et de donateurs généreux. S'il y en a encore, qu'ils se hâtent donc de créer l'établissement qui nous manque pour les jeunes filles et qui est appelé à rendre au pays des services inestimables, non seulement par ses élèves, mais encore et surtout par les maîtresses qu'il formera et qui iront répandre, dans toutes les classes sociales, les bienfaits d'un système d'éducation physique intelligemment compris et appliqué.

REVUE DES THÈSES

par Mme DURDAN-LABORIE

De la compression et de la ligature de la carotide primitive dans le traitement de l'exophtalmie pulsatile. M. RASCALOU (*Thèse de Paris*, 1901, nº 595).

L'exophtalmie pulsatile est produite par la rupture de la carotide dans les sinus caverneux. Lorsqu'elle n'est pas traitée, elle ne donne jamais de guérison. Il faut essayer tout d'abord la compression directe de la carotide et l'iodure à l'intérieur.

Alors même que ce traitement ne réussit pas, la compression préalable donne le temps à la circulation collatérale de se développer et habitue le cœur au travail supplémentaire qu'il aura à fournir après la ligature. Puis faire la ligature de la carotide primitive du côté opposé à l'œil malade.

Le trop grand âge, ou un état cardiaque, ou trop cachectique sont les seules contre-indications à l'opération. A la suite de l'opération, il faut exiger le repos au lit pendant quinze jours au moins.

La sérothérapie préventive de la diphtérie, son état actuel, ses indications. M. MATHÉ (*Thèse de Paris*, 1901, nº 608).

Sauf de rares exceptions, tout le monde est d'accord aujour-

d'hui, pour trouver au sérum antidiphtérique une action bienfaisante, quand son intervention n'est pas survenue trop tard.

Pour ce qui est de la prophylaxie, les avis sont encore partagés. Cependant ces injections préventives constituent le moyen le plus sûr et le plus efficace de prophylaxie.

L'immunité que confère ce sérum dure de trois à quatre semaines. La dose à injecter est de 10 cc. aux enfants au-dessous de dix ans, et 20 cc. à partir de cet âge.

Ces injections n'entraînent aucun accident grave; elles sont inoffensives. Si des cas de diphtérie se produisent parfois en dépit d'elles, ils sont rares et d'une extrême bénignité.

Leur emploi s'impose dans les agglomérations, chez les enfants présentant des affections chroniques de la gorge.

Il faut dans les cas d'épidémie, renouveler les inoculations toutes les trois semaines.

Des indications du tubage et de la trachéotomie dans les laryngites diphtériques. M. CARPENTIER (*Thèse de Paris*, 1901, n° 287).

Depuis l'emploi du sérum antidiphtérique, le tubage est devenu la méthode de choix dans le traitement de la laryngite diphtérique.

Cependant on fait encore, et on fera toujours, des trachéotomies. Voici les indications de cette opération.

C'est la méthode de nécessité et non de choix, elle hérite des contre-indications du tubage.

Celles-ci sont : la mort apparente, l'intensité de l'angine, l'impossibilité de placer l'ouvre-bouche, l'œdème considérable des replis aryténoïdes. Enfin l'impossibilité de placer le tube, rejet incessant de celui-ci.

Toutefois la trachéotomie pratiquée dans ces conditions donne des résultats peu favorables, c'est cependant l'unique chance de sauver l'enfant; quand il n'est pas l'objet d'une surveillance constante, le tubage donne une mortalité supérieure à la trachéotomie.

Sérothérapie intensive dans les cas de diphtérie grave. M. Molinié (*Thèse de Paris*, n° 668).

Ce n'est pas dans la pureté ou l'association de la diphtérie qu'on trouve les caractères de gravité. Il est en effet des diphtéries pures hypertoxiques, et des diphtéries associées bénignes.

De même, l'importance de l'angine est loin d'être en rapport dans tous les cas avec la gravité de la diphtérie. L'angine n'est que le dernier miroir incomplet de la maladie; elle n'indique pas plus la gravité que la diarrhée, par exemple, n'implique celle de la dothiénentérie.

Le phénomène constant dans les cas graves, c'est l'exaltation de la virulence du bacille de Lœffler; c'est dans la gravité des phénomènes généraux; celle-ci porte sur le système nerveux, l'appareil circulatoire, l'appareil digestif. La plus redoutable de toutes est la forme hémorragique, et c'est surtout dans ce cas qu'il faut craindre les accidents paralytiques tardifs.

La dose de sérum ne sera donc pas proportionnée à l'âge mais à la gravité de la maladie.

L'inoculation initiale, dans les cas cités par l'auteur, n'a jamais été inférieure à 40 cc., même chez un enfant âgé de deux ans. La dose totale injectée a pu s'élever jusqu'à 80, 130, 160 cc., sans qu'on ait observé aucun accident attribuable au sérum.

Traitement local de la glossite tertiaire par le sublimé. M. Pitou (*Thèse de Paris*, 1901, n° 410).

Le médecin possède dans le mercure et l'iodure de potassium deux armes puissantes contre la syphilis. Le plus souvent le traitement spécifique lui donne de brillants résultats; mais il y a une ombre au tableau.

Certaines formes, dites syphilis malignes précoces, sont rebelles au traitement le plus intensif. Parmi celles-ci il faut mettre au premier rang les accidents tertiaires de la langue qui semblent créer un milieu favorable au développement du cancer.

Le sublimé dans ces cas, pris sous forme de pastille de 1 mil-

ligramme, a une action très efficace sur les lésions tertiaires de la langue.

Il agit à la fois par son pouvoir antisyphilitique et ses propriétés antiseptiques. Ce mode de traitement possède l'avantage de combiner l'action locale à l'action générale, et d'éviter ainsi l'inconvénient des médications intensives.

La dose est de 1 centigramme par 24 heures et fractionnée en 20 parties. Veiller aux dents, et diminuer la dose si elles sont en mauvais état.

Contribution à l'étude des phlébites, leur traitement par la mobilisation précoce. M. CROIXMARIE (*Thèse de Paris*, 1901, n° 15).

La cause réelle et première de la phlébite c'est l'infection. Toutes les veines de l'organisme peuvent être le siège de l'infection, aussi trouve-t-on des phlébites dans toutes les régions du corps.

La mobilisation doit être faite aussitôt après la disparition des phénomènes inflammatoires.

Dans la première période immobilisation absolue; dans la deuxième, mobilisation progressive pendant quelques jours; puis léger massage, frictions douces, et ensuite permettre au malade de se lever progressivement.

Selon l'auteur, ce traitement diminuerait les risques de l'embolie, et activerait la guérison.

FORMULAIRE

Lotion contre la chute des cheveux.

Eau de Cologne......................	200 gr.
Glycérine............................	25 »
Teinture de cantharide..............	10 »
Nitrate de pilocarpine................	0 » 50

Potion contre la broncho-pneumonie. — Potion avec :

Acétate d'ammoniaque............ ...	0 gr 30
Kermès minéral.........	0 » 10
Sirop de codéine....................	10 »
Eau de fleurs d'oranger......	40 »

Une cuillerée à café toutes les deux heures.

S'il existe des phénomènes d'asystolie, prescrire la potion suivante :

Gomme ammoniaque.............	0 gr. 25
Eau de mélisse....................	10 »
Infusion de thé.....	ââ 25 gr.
Sirop de café..........	ââ 25 gr.

A prendre par cuillerée à café toutes les heures.

Ces doses s'appliquent aux enfants de dix ans; les augmenter selon l'âge des adultes.

Le Gérant : O. DOIN

IMP. F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE. — PARIS-6e



L'écrémage du lait l'appauvrit en lécithine. — L'inoculation préventive de la fièvre typhoïde. — Opérateur sur lui-même. — Les dents des écoliers. — Tuberculose et cigares. — La langue dans la malaria. — Le cyto-diagnostic dans la syphilis oculaire. — La radiologie dans les hôpitaux.

Le lait renferme de la lécithine dont on connaît l'action éminemment précieuse, surtout au point de vue de son utilisation dans la constitution des tissus de nouvelle formation chez l'enfant. Or, si on l'écrème à 30 ou même à 40 p. 100, ce qui est la pratique constante mise en œuvre pour presque tous les laits vendus à Paris, on enlève de fait à ces laits, ainsi que Bordas et Rackzowski viennent de le démontrer, 20 à 30 p. 100 de lécithine. Les laits ainsi traités perdent donc une grande partie de leur puissance nutritive pour l'enfant surtout, et d'autre part, ils sont d'une digestion beaucoup plus difficile, ce qui pourrait expliquer, au moins en partie, l'existence des troubles intestinaux si fréquents chez les enfants auxquels on administre ces laits ainsi écrémés.

°°°

Qu'a donné le vaccin antityphoïde de Nettle si largement utilisé pour protéger les troupes anglaises envoyées dans l'Afrique du Sud? Les résultats ne sont pas encourageants, si l'on en juge par la statistique que vient de publier le Dr Crombie.

Cette statistique porte sur 250 officiers revenus du Transvaal en congé de convalescence pour maladies ou blessures.

112 de ces officiers avaient reçu l'inoculation préventive; 29 avaient eu antérieurement une attaque de fièvre typhoïde; 109 n'avaient pas été inoculés et n'avaient jamais eu la fièvre typhoïde.

Sur les 112 inoculés, 42 ont été atteints de la fièvre typhoïde dans l'Afrique du Sud, — soit une proportion de 37,5 p. 100.

Sur les 109 non inoculés, 24 seulement ont été atteints, — soit une proportion de 22 p. 100.

Sur les 29 qui avaient eu une fièvre typhoïde antérieure, on en compte seulement 3 qui ont eu une nouvelle atteinte, — soit 10,3 pour 100.

°°°

Un vieux sergent de tirailleurs, Ben-Alled, vient, dit la *Petite Gironde*, de faire sur sa propre personne une série d'opérations qui déroutent les chirurgiens algériens. Comme il avait à l'extrémité du petit doigt du pied gauche une plaie qui le faisait beaucoup souffrir, il prit un canif et se trancha le doigt; mais peu après un mal identique survint au pied droit. Il renouvela l'opération, mais ne prit pas des précautions de propreté. La plaie s'envenima, et bientôt tout le pied devint noir. Le médecin lui conseilla d'entrer à l'hôpital; mais après de nombreuses hésitations, causées par la terreur instinctive qu'ont les Arabes pour l'hôpital, il rentra chez lui et, courageusement, avec les outils les plus primitifs, il opéra lui-même la section de la jambe.

A l'heure actuelle, l'opération semble avoir parfaitement réussi, et le vieux tirailleur possède une confiance illimitée des autres indigènes, qui viennent tous se faire opérer par lui.

°°°

La carie dentaire serait excessivement fréquente chez les enfants des écoles. C'est ainsi qu'à Strasbourg, l'inspection dentaire bien faite a montré que sur 10.000 enfants visités en une année, 430 seulement avaient une denture intacte, 5.219 dents manquaient déjà et des 200.605 dents existantes, 102.456 étaient cariées!

Il est vrai que chez tous ces enfants les soins des dents étaient à peu près nuls.

Aussi est-il indispensable d'apprendre aux enfants les soins de

la bouche, de les munir de brosses à dents, d'aviser les parents lorsqu'on trouve des dents malades.

°°°

On sait qu'à Cuba des mesures spéciales ont été prises dans les manufactures de cigares, afin qu'ouvriers et ouvrières, humectent, pour finir le cigare, le bout avec une éponge et non plus avec leurs lèvres, comme ils le faisaient auparavant. Les expériences faites récemment en Italie par Peserico, viennent à l'appui de ces prescriptions. Des morceaux de tabac imprégnés de crachats de phtisiques ont provoqué l'apparition de la tuberculose; des bouts de cigares fumés par des tuberculeux avérés et maintenus au sec pendant deux ou trois semaines, puis inoculés à des cobayes avaient conservé toute leur puissance infectante.

°°°

S'il faut en croire M. Loflan, la langue serait caractéristique dans le paludisme. Elle présenterait deux lignes noirâtres allant de la base à la pointe séparées par un intervalle de muqueuse normale de quelques millimètres de large. Ce signe s'observerait d'habitude du premier au quinzième jour après l'infection, persistant plus ou moins suivant les sujets sans être modifié par une purgation. Sur plusieurs centaines de cas d'infection, M. Loflan assure que le phénomène de la « langue malarienne » a presque toujours précédé de vingt-quatre à trente-six heures une élévation de température.

°°°

Dans des cas douteux, le cyto-diagnostic peut renseigner sur l'état du nerf optique. C'est ainsi que chez un homme atteint de syphilis depuis plus de six mois et porteur d'une double névrite optique révélée par l'ophtalmoscope, l'examen du liquide céphalo-rachidien montra une lymphocytose abondante caractérisée par la présence de 20 à 30 lymphocytes par champ d'immersion, sans polynucléaires. Chez un autre atteint de syphilis depuis dix-huit

mois avec iritis discrète mais doute sur l'existence de la névrite, on constata une lymphocytose peu abondante, très nette toutefois, également sans polynucléaire. M. de Lapersonne qui relate ces faits à la *Société de Biologie*, tant en son nom qu'en celui de MM. Opin et Le Sourd, insiste sur les renseignements que peut à l'occasion donner le cyto-diagnostic sur l'état de nerf optique et montre tout l'intérêt qu'il peut y avoir en pathologie oculaire à ce que ces recherches soient poursuivies.



La Société médicale des hôpitaux vient d'exprimer les vœux suivants :

« 1° Que chaque hôpital soit pourvu d'une salle destinée à l'exploration radiologique suivant ses deux modes, examen radioscopique et radiographie, l'un et l'autre indispensables;

2° Que, dans le local affecté à cette salle d'exploration, on réserve l'emplacement nécessaire aux opérations photographiques proprement dites, spécialement un cabinet noir pour le développement des clichés;

3° Que, le maniement des appareils d'exploration, radiologique soit confié, dans chaque hôpital, sous le contrôle des chefs de service, à un jeune homme possédant avec les notions théoriques et techniques indispensables une solide instruction médicale, de préférence à un interne ou ancien interne en médecine nommé au concours et qu'on lui donne pour aides, suivant l'importance de l'hôpital, une ou plusieurs infirmières chargées de l'entretien des appareils en bon état et de ce qu'il est permis d'appeler la cuisine photographique;

4° Que, pour restreindre autant que possible les dépenses nouvelles nécessitées par ces salles d'exploration, l'examen radioscopique soit préféré à la radiographie ou tout au moins la précède dans tous les cas où il sera permis de supposer qu'il peut suffire au diagnostic, et que seuls les véritables indigents puissent bénéficier de la radiographie gratuite. »

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement des néphrites (1),

par M. MUSELIER,
Médecin de l'Hôtel-Dieu.

TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

Si on prend l'albuminurie pour base d'appréciation de l'altération rénale, comme c'est encore la tendance générale, on est naturellement amené à rechercher s'il existe dans l'arsenal pharmaceutique des agents susceptibles d'exercer sur elle une influence directe, capable de la diminuer où même de la faire disparaître, l'obtention d'un tel résultat impliquant logiquement une amélioration parallèle du rein, c'est-à-dire une rétrocession de la néphrite. De fait, on a préconisé un grand nombre de substances dont l'utilité est plus que douteuse ou dont l'emploi, pour quelques-unes du moins, ne procède que de données empiriques. Nous voyons figurer dans cette liste les iodures alcalins, les sels de strontium, le bleu de méthylène, les préparations tanniques, la teinture de cantharide, etc. Chauffard ne cache pas son scepticisme quant à l'efficacité réelle de ces médicaments auxquels, dit-il, on a attribué

(1) Voir les numéros 2, 3 et 4, des 15, 23 et 30 janvier 1903.

vis-à-vis du glomérule une action qui n'est rien moins que démontrée.

Seul, le lactate de strontium aurait un effet réducteur positif, surtout dans les néphrites diffuses accompagnées d'albuminurie abondante. Malheureusement le bénéfice résultant de cette diminution ne semble pas survivre à la cessation du médicament, de sorte qu'il y aurait là une simple apparence plutôt qu'une réalisation d'effet curatif.

Procédant d'une idée toute différente, Lancereaux et Cassaët ont préconisé la *teinture de cantharides*, dans le but de modifier la marche de certaines néphrites torpides qui ont tendance à s'éterniser, en donnant une sorte de coup de fouet aux lésions épithéliales. C'est, sous forme d'application interne, une réédition de la méthode substitutive si en honneur à une certaine époque. Le point de départ de cette pratique est déjà contestable, et propre à inspirer une certaine défiance, d'autant qu'elle va à l'encontre de ce grand principe, à savoir que toute cause d'irritation peut aggraver singulièrement et parfois très vite l'état du rein chez les individus atteints de néphrite lente, subaiguë ou chronique. C'est pour cela qu'on recommande d'éviter le froid et l'usage de certains aliments dont le passage à travers le rein a produit fréquemment des poussées congestives vers l'organe. A plus forte raison la cantharide, dont l'action élective sur le rein est si bien établie. D'ailleurs, la méthode de Lancereaux n'a donné, entre les mains de ceux qui ont eu la hardiesse de l'imiter, que des résultats infidèles ou contestables. Il y a du reste toute une classe de médicaments auxquels on peut adresser le même reproche, et qu'il convient pour cela d'éviter chez les néphropathiques Nous avons nommé les diurétiques irritants ou intoxiquants (scille, sels de potasse, etc.), et les balsamiques, dont l'ac-

tion irritante est également nuisible. L'emploi des hypnotiques, sulfonal, chloralose, opium, etc., trouve aussi très souvent une contre-indication formelle dans l'état d'imperméabilité rénale plus ou moins avancée qui empêche l'élimination et produit l'accumulation d'une substance toxique.

En résumé, comme le dit Chauffard, le médecin placé en face d'une néphrite chronique doit se préoccuper avant tout de restreindre la formation des toxines et d'en assurer l'élimination, et secondairement de ne rien introduire dans le plasma sanguin qui puisse devenir une cause d'intoxication pour le malade. Cette préoccupation, véritable idée directrice du traitement, s'impose naturellement avec une opportunité d'autant plus grande que la forme de néphrite à laquelle on a affaire expose davantage à l'imperméabilité : telle la néphrite interstitielle d'emblée, et la néphrite parenchymateuse à sa phase terminale. Nous avons déjà, dans cette ordre d'idées, à propos du régime alimentaire, cité plus haut des faits d'une précision vraiment suggestive.

MÉDICATION OPOTHÉRAPIQUE

On s'étonnera peut-être de voir figurer ici une application de l'opothérapie, cette branche toute moderne de la thérapeutique, qui semblait réservée à d'autres altérations viscérales et à d'autres phénomènes pathologiques que ceux dont il est question ici. Elle a pourtant fait son entrée en néphropathologie d'une manière encourageante et même brillante. Les faits qui ont marqué cette prise de possession sont à la vérité peu nombreux, mais d'une précision suffisante pour justifier les conclusions des premiers observateurs. Chez nous, c'est Dieulafoy qui s'en est constitué le vulgarisateur convaincu et celui qu'il a rapporté il y a quelques années,

en collaboration avec son interne Renon, en est peut-être un des plus démonstratifs. Nous le résumons ici succinctement pour les besoins de notre sujet, qui comprend dans toute son étendue la question du traitement des néphrites.

Dieulafoy avait été frappé de l'importance de l'anurie brightique, de sa résistance habituelle, voire même de son irréductibilité vis-à-vis des moyens de toutes sortes (dérivatifs, diurétiques, etc.). C'est en présence de cette constatation qu'il eut l'idée d'utiliser la substance corticale du rein que la théorie physiologique indiquait comme le diurétique par excellence. Il fit préparer à cet effet un liquide auquel il donna le nom de *néphrine* et dont la constitution semble d'ailleurs très voisine de celle de la plupart des extraits organiques. Avec cette substance, convenablement stérilisée, il pratiqua chez un sujet atteint d'anurie brightique une série d'injections sous-cutanées représentant chacune environ 50 centigrammes de néphrine. A la suite de ces injections, il vit réapparaître la sécrétion urinaire complètement abolie depuis cinq jours, et parallèlement il constata l'amendement des phénomènes urémiques, extrêmement marqués chez son malade (état sub-comateux sueurs d'urée). Ce fait remarquable est à rapprocher de celui encore suggestif de Gossin (de Lyon), qui, chez une femme atteinte d'accidents urémiques extrêmement graves, réfractaires à tous les moyens habituels, vit ces accidents rétrocéder devant une injection quotidienne de néphrine, leur réapparition coïncidant chaque fois avec la cessation de celle-ci. De même, bien que dans un ordre d'idées un peu différent, les faits de Schiperowitsch (de Saint-Pétersbourg) viennent apporter un appoint sérieux en faveur de cette application antibrightique de l'opothérapie. Le médecin russe a expérimenté l'extrait de rein frais chez 35 malades

atteints de différentes variétés de néphrite, avec ou sans urémie. Ces malades n'étaient point astreints au régime lacté, et faisaient même usage de l'alimentation carnée. L'auteur a constaté ainsi, dans près de la moitié des cas (40 p. 100), la disparition de l'albumine urinaire conjointement avec l'amélioration de l'état général et l'absence de phénomènes urémiques ; il a constaté aussi que la suppression momentanée de la médication coïncidait avec le retour des accidents, etc.

Nous empruntons au livre de Dieulafoy ces quelques faits qui méritent, nonobstant leur petit nombre, de figurer en bonne place et de servir d'amorce pour des recherches ultérieures. Ils renferment une confirmation indirecte de la théorie des sécrétions internes appliquée au rein, du rôle que joue la fonction interne de cet organe dans la genèse de quelques-uns des plus importants phénomènes du brightisme. Et, tels qu'ils sont, ils autorisent des essais nouveaux que l'on sera fondé à instituer toutes les fois que les agents de la thérapeutique ordinaire auront donné la preuve de leur impuissance.

TRAITEMENT SPÉCIFIQUE

Dans le traitement des néphrites chroniques, de même que dans celui des néphrites aiguës, la notion d'une cause spéciale, initiatrice de la lésion rénale, peut-elle servir, en certains cas, à établir des indications et à justifier une médication particulière adaptée à cette cause reconnue ou présumée? Y a-t-il place, en un mot, vis-à-vis de certaines néphrites, pour un traitement réellement spécifique ? On peut répondre affirmativement, mais en constatant immédiatement que le groupe des néphrites qui répond à cette

notion est assez restreint, puisqu'il ne comprend que ces trois variétés : syphilitique, tuberculeuse, paludéenne. Et encore la néphrite syphilitique tertiaire est peut-être la seule à posséder une individualité véritable, une physionomie à part. Les deux autres manquent souvent des caractères qui déterminent la spécificité et ne diffèrent pas sensiblement des néphrites chroniques, simples. Chauffard, à qui nous empruntons cette remarque, propose ici une explication ingénieuse, en émettant l'idée que la cause spécifique, seule ou associée à d'autres agents pathogènes, peut engendrer des lésions de néphrite vulgaire, ajoutant que la dissemblance des résultats donne la preuve de la dissemblance des modalités pathogènes possibles : lésion spécifique, si l'agent infectieux se fixe directement sur le rein ; lésion vulgaire, s'il n'intervient que par sa toxine. On ne saurait mieux dire pour expliquer les contradictions apparentes du sujet.

NÉPHRITE CHRONIQUE SYPHILITIQUE

On sait que la syphilis peut toucher le rein à toutes les périodes de son évolution, de telle sorte qu'à la suite des néphrites secondaires et précoces, il y a encore la syphilis tertiaire ou tardive, enfin la syphilis héréditaire ou hérédo-syphilis. C'est dans ces deux derniers groupes de faits que le caractère spécifique de la lésion s'affirme le plus. Suivant la juste remarque de Chauffard, il y a alors moins néphrite que syphilis rénale. L'infection frappe le rein à la manière du foie, irrégulièrement, par atteintes partielles ou îlots, dans l'intervalle desquels le parenchyme conserve sa texture normale : fait qui est d'ailleurs conforme à ce que nous savons du mode d'agir de la syphilis dans ses périodes

avancées. Dieulafoy reconnaît aussi que la syphilis peut frapper le rein de diverses manières. Dans un premier groupe de faits, la maladie, limitée au rein, est pour ainsi dire atténuée et ne produit que de légers accidents. Dans un deuxième groupe, plus nombreux, la maladie évolue à la façon du mal de Bright vulgaire. Il y a enfin un troisième groupe de faits où des lésions de même origine coexistent dans d'autres organes, et ici l'altération rénale se perd en quelque sorte dans l'ensemble. Mais peu importe d'ailleurs, et quelque variés que puissent être les nuances indiquées dans cette classification, il faut bien savoir que le traitement spécifique a une importance réelle. Aussi Dieulafoy affirme-t-il que le mercure et l'iodure de potassium sont les deux agents thérapeutiques véritables de la néphrite syphilitique tertiaire. Pour sa part, il donne la préférence aux frictions mercurielles, et plus encore aux injections sous-cutanées de solution huileuse de biiodure de mercure. Une condition essentielle du succès, d'après lui, c'est que le médecin sache interrompre et reprendre alternativement l'usage de la méthode. Il doit se défier d'une première amélioration, souvent obtenue assez vite; la guérison définitive étant difficile à réaliser. Dieulafoy remarque également que la cure lactée n'a pas ici la même utilité que dans d'autres néphrites : à preuve, ce fait où le traitement spécifique à lui seul amena la guérison, le régime diététique ordinaire n'ayant fourni aucun résultat. Le savant pathologiste reconnaît toutefois que l'association des deux méthodes est le plus souvent indispensable : constatation qui, à vrai dire, n'est pas précisément un argument favorable à la supériorité du traitement spécifique.

Chauffard professe une opinion très voisine de la précédente. Le régime lacté a sa préférence en tant que traitement

d'épreuve, et c'est d'après ses résultats bien et dûment enregistrés, réduction de l'albumine, rétrocession des phénomènes généraux et locaux, que doit se décider l'opportunité du traitement spécifique. En ce qui concerne ce dernier, il insiste seulement sur l'utilité de l'association de l'iodure de potassium au mercure dans la syphilis tertiaire et surtout dans l'hérédo-syphilis. Il reconnaît aussi qu'une surveillance suivie et sévère, chez les sujets une première fois améliorés est vraiment indispensable et que la reprise intermittente du traitement spécial est nécessaire pour consolider une guérison souvent plus apparente que solide. Nous ne pouvons que souligner ces déclarations judicieuses, et proclamer à notre tour, avec Chauffard, que l'épreuve de la médication spécifique s'impose chez tout syphilitique porteur des signes d'une néphrite ancienne pour l'explication de laquelle une enquête minutieuse n'a point fait découvrir d'autre facteur étiologique.

NÉPHRITE TUBERCULEUSE

La néphrite tuberculeuse n'offre pas, à beaucoup près, de notion étiologique aussi utilisable que celle de l'origine syphilitique. Cela tient en partie à la variabilité du mode d'action de la tuberculose sur le rein, circonstance qui fait que les cas ne sont comparables entre eux ni au point de vue des lésions ou des symptômes, ni par conséquent à celui du traitement. Il y a, par exemple, de notables différences entre la néphrite par tuberculine et la néphrite bacillaire proprement dite, et la dégénérescence amyloïde qui suit d'ordinaire les tuberculoses éloignées. On n'est même pas d'accord sur le mode réactionnel le plus habituel : on ne sait encore si ce mode intéresse l'élément sécréteur plutôt

que les autres parties, s'il n'y a pas prédominance des lésions épithéliales, ce qui ferait du rein tuberculeux une manière de néphrite parenchymateuse. Des travaux récents n'ont guère éclairci la question. Ils ont laissé le débat en suspens. Ces divergences n'ont d'ailleurs qu'une faible importance au point de vue du traitement qui, faute d'indications histologiques nettement définies, reste assez incertain dans ses effets. Là, encore, le régime lacté combiné avec quelques agents de la médication interne antituberculeuse (iodoforme) semble être l'unique et d'ailleurs insuffisante ressource. Dans le cas de tuberculose rénale, reconnaissable à des signes spéciaux (pyurie, hématurie), c'est la chirurgie qui est appelée à intervenir en dernier appel, ainsi du reste que pour la plupart des tuberculoses locales, trop souvent au-dessus des ressources de l'art.

NÉPHRITES PALUDÉENNES

Moins connues des médecins européens que les précédentes, les néphrites paludéennes possèdent cependant une individualité étiologique indiscutable, que leur coïncidence chronologique avec l'intoxication paludéenne suffirait du reste seule à dégager et à préciser. Pourtant Chauffard estime que, sauf quelques lésions d'origine sclérotique ou pigmentaire, cette variété de néphrite ne représente au fond qu'une branche des néphrites infectieuses chroniques, dont elles partagent la complexité d'évolution et de morphologie. Elle se rencontre tantôt chez les paludéens récents, tantôt chez les victimes du paludisme chronique.

Dans quelle mesure le traitement qui vise l'intoxication paludéenne elle-même peut-il atteindre ces néphrites? Il est difficile de donner à cette question une réponse satisfai-

sante. Si l'opinion de Chauffard est fondée, il apparaît que la lésion rénale, une fois créée et constituée, subira la destinée commune aux altérations similaires et évoluera vers le terme habituel, qui est l'amoindrissement progressif des fonctions de l'organe, aboutissant un jour ou l'autre à l'insuffisance irrémédiable. En considération de cette fin probable, et pour la prévenir si possible, on est fondé à joindre au traitement habituel des néphrites d'autres moyens adaptés à la cause première, c'est-à-dire un ensemble de prescriptions hygiéniques associées à l'usage de certains médicaments qui ont fait leurs preuves : quinine, arsenic, etc... Et ici nous sommes loin des ressources que fournit pour d'autres néphrites la notion de l'origine syphilitique. Dans les deux médicaments que nous venons de citer, il n'y a en effet rien de comparable à l'action du mercure et de l'iodure de potassium, ces deux spécifiques par excellence.

DÉGÉNÉRESCENCES DIVERSES — GRAISSEUSE — AMYLOÏDE

Ce n'est que par une analogie forcée que l'on peut assimiler ces dégénérescences aux néphrites proprement dites qui sont, presque sans exception, des séquelles de maladies infectieuses ou d'intoxications. D'ailleurs, la thérapeutique n'a pour ainsi dire aucune prise sur ces deux genres d'altération. L'amyloïde elle-même, bien que produite de causes notoirement morbides, semble bien au-dessus des ressources de l'art. Tout ce que l'on peut faire vis-à-vis d'elle, dit Chauffard, c'est de soigner le malade, de chercher à modifier avantageusement son état général, et surtout de tarir le foyer infectieux amylogène par l'éradication ou la cicatrisation des tuberculoses locales, des ulcères rebelles,

des suppurations chroniques. Le rôle du médecin peut être ici très avantageux en tant que rôle prophylactique et préventif.

INSUFFISANCE RÉNALE

Quelques considérations sur le traitement de l'insuffisance rénale doivent trouver leur place à la suite d'une étude d'ensemble sur celui des néphrites chroniques. En effet, celles-ci engendrent presque fatalement celle-là, de par l'enchaînement inévitable qui relie la cause à l'effet. Il est presque impossible de concevoir une altération lente et profonde du rein sans l'adjonction de cette phase intime qui correspond à une désorganisation avancée, et par suite à un trouble de fonction incompatible avec la persistance d'un état de choses normal. C'est là une vérité que Brault a fait ressortir dans des conditions d'une justesse frappante. Il compare ce qui se passe dans le rein, à la suite des néphrites chroniques, à ce qui se passe vers d'autres parenchymes à la suite d'altérations similaires, et il tire de ce rapprochement un parallèle instructif. « C'est ainsi que dans les cirrhoses du foie, dit-il, l'esprit se représente invinciblement une phase dans laquelle les multiples et si hautes fonctions de la glande étant irrémédiablement compromises, on voit survenir des phénomènes graves traduisant la profonde perturbation infligée à l'organisme tout entier. Si donc l'on suppose une néphrite arrivée au terme ultime des désordres qu'elle a dû subir du fait de l'évolution naturelle des lésions, lors même que celles-ci ont permis une survie très prolongée, fatalement sonnera l'heure de l'insuffisance, à moins que le malade ne soit emporté par une de ces affections intercurrentes qui trouvent une proie facile chez un

sujet placé depuis longtemps et souvent dans un état d'infériorité physiologique notoire. Le rôle du thérapeute a donc à s'exercer jusqu'au dernier terme de la sclérose viscérale, soit pour le retarder, soit pour en pallier les ultimes conséquences. Ce rôle est donc plutôt prophylactique, il ne saurait plus en aucune façon prétendre à être curatif. »

Renaut (de Lyon) a mis cette vérité en lumière à son tour dans ses notions préliminaires au traitement de l'urémie consécutive aux néphrites anciennes. Il insiste sur ce que le médecin doit toujours prévoir la possibilité d'une rupture de la compensation, c'est-à-dire l'apparition de l'insuffisance rénale, chez tout malade atteint d'une albuminurie chronique, que celle-ci procède d'une vieille altération du rein ou simplement d'un trouble fonctionnel passé à l'état d'habitude morbide et invétérée. La constatation bien et dûment établie de cette insuffisance doit lui imposer plusieurs préoccupations, et tout d'abord celle de savoir si la cause immédiate n'en doit pas être cherchée dans un régime d'équilibre instable dont il doit autant que possible déterminer les conditions. L'analyse des urines a, dans cet ordre d'idées, l'importance d'une opération préliminaire indispensable. Cette analyse doit porter sur la période nocturne ou de jeûne et de repos, et sur celle de la période diurne ou d'alimentation et d'activité. Il est très important de fixer le chiffre d'albumine émise chaque jour, et surtout celui des matières azotées excrétées. Renaut fait ensuite allusion aux néphrites partielles, décrites par Cuffer, dans lesquelles le rein, touché seulement par îlots et par places, entre lesquelles le parenchyme reste sain, semble fonctionner d'une façon normale. Or, en pareil cas, cette continuation de la fonction est plus apparente que réelle, en tout cas fort précaire : une cause réputée légère, un écart de régime, un

léger surmenage peuvent l'entraver. L'insuffisance rénale survient alors avec toutes ses conséquences bien connues.

En définitive, dit le savant professeur de Lyon, dans les néphrites chroniques on a affaire à des maladies qui finissent. Avant de devenir insuffisante en bloc, la dépuration urinaire l'a été en détail, condition anormale, quoique latente, qui engendre inévitablement une intoxication lente de l'organisme. Le rôle du cœur apparaît d'ailleurs ici comme un élément d'une singulière valeur, et on sait le rôle que joue l'hypertrophie de cet organe au cours des néphrites, l'appoint compensateur qu'elle apporte pour maintenir par l'hypertension artérielle qu'elle entretient, un travail d'excrétion suffisant au niveau de la glande rénale. Or, cette hypertrophie si opportune, presque providentielle, aussi utile peut-être que dans les affections valvulaires, cette hypertrophie compensatrice fléchit et disparaît à un moment donné par suite de l'asthénie progressive d'un myocarde fatigué, et c'est là une condition fâcheuse qui engendre de fâcheuses conséquences. L'insuffisance cardiaque et l'insuffisance rénale marchent alors de pair et compagnie : d'où cette indication précise, qu'il faut mettre tout en œuvre pour maintenir la force contractile du cœur, car le danger provient en grande partie de cet organe, si la maladie primitive est au rein.

La prophylaxie de cette phase d'insuffisance, envisagée d'une manière générale, est d'ailleurs et en premier lieu une question d'hygiène. Dans cet ordre d'idées, Renaut vante tout d'abord le repos musculaire à cette fin d'éviter la formation puis l'accumulation des matières extractives que le rein est devenu incapable d'éliminer. Il y a toutefois ici une question de mesure, car le repos absolu pourrait devenir aussi nuisible qu'une activité physique exagérée,

par suite de la non-utilisation des matériaux qui servent à la contraction musculaire, et dont la stase circulatoire résultant de l'immobilité favoriserait encore l'accumulation. De là l'utilité de la gymnastique de chambre chez des sujets astreints pour d'autres raisons à une vie renfermée et sédentaire. Dans un ordre d'idées différent il faut craindre le froid, qui est une cause puissante de raptus congestif vers les viscères profonds, et dont l'influence pourrait se manifester d'une façon fâcheuse au niveau d'un rein déjà malade, sous forme de poussées hypérémiques ou de réveil d'inflammations endormies plutôt que définitivement éteintes.

L'observance d'une diététique sévère est une autre partie très importante du programme hygiénique utilisable en pareille matière. Nous n'y insisterons pas du reste, car nous ne ferions que reproduire les prescriptions relatives au traitement des néphrites chroniques et qui se résument dans l'usage du régime lacté ou lacto-végétarien, la restriction ou éventuellement la suppression des aliments albuminoïdes.

Quant aux moyens thérapeutiques spéciaux à diriger contre l'insuffisance rénale lente, ils se réduisent à peu de chose. Renaut revient ici sur l'utilité de la déplétion sanguine locale, en tant que moyen propre à rétablir la perméabilité du rein, en levant ou en diminuant l'œdème qui l'encombre. En effet, à la suite d'applications réitérées de sangsues au niveau du triangle de Scarpa, on voit parfois le coefficient de l'urée, primitivement très diminué, remonter jusqu'à des chiffres énormes : 50 grammes et plus. La diurèse augmente du même coup, pendant que le chiffre de l'albumine diminue considérablement. Cette modification prouve évidemment que la porte de sortie des matériaux extractifs a été rétablie, au moins d'une façon momentanée. Dans un ordre

d'idées un peu différent, quoique très voisin au point de vue pathogénique, on doit encore chercher à agir par l'intermédiaire du cœur et revenir dans ce but aux médicaments qui sollicitent son action contractile : tels la digitale, le strophanthus, etc., qui peuvent être des adjuvants utiles pour le rétablissement ou l'entretien d'un taux urinaire suffisant. Il va sans dire que ce choix doit exclure les substances douées d'une action irritante sur le rein (scille, genièvre, etc.).

Telles sont, dans leurs grandes lignes, les prescriptions relatives à la prophylaxie de l'insuffisance rénale. Le traitement de l'urémie confirmée, expression symptomatique définitive de celle-ci, ne rentrant pas dans le cadre de notre article, nous devons terminer ici cette suite de considérations qui ne visait d'ailleurs l'histoire des néphrites que dans l'ensemble et à un point de vue tout à fait général.

HYDROLOGIE

Sur quelques phénomènes intimes de la nutrition et des sécrétions.

Conférence faite au Congrès d'Histologie, le 30 *septembre* 1902, par le Professeur J. RENAUT.

Je vais avoir le périlleux honneur de traiter devant vous, MESDAMES, une question que je comptais développer seulement pour vous, MESSIEURS : chers collègues qui m'aviez demandé, à l'occasion de ce Congrès, une conférence sur un

sujet scientifique qui vous intéresse, en effet, au plus haut point. Je veux parler de l'éternel problème du mécanisme de la nutrition intime des éléments des tissus, et de leur activité sécrétoire.

Il n'est point, en hydrologie médicale, de sujet d'études plus fondamentalement essentiel. Toutes les eaux minérales agissent, en effet, soit en modifiant les mouvements d'échange qui constituent l'acte nutritif proprement dit, soit en modalisant de certaine façon les sécrétions, ce qui est encore une façon d'agir sur la nutrition intime des éléments organiques. Tous ces éléments, en effet, en même temps qu'ils se nourrissent (c'est-à-dire qu'ils prennent hors d'eux-mêmes de quoi satisfaire à leur croissance, puis à leur entretien, épisodiquement aussi à leur défense), élaborent en eux des produits nouveaux qu'ils ne gardent point. Ce sont les produits de sécrétion. Certains de ceux-ci sont versés sur les surfaces, muqueuses ou cutanées, pour y exercer des actions utiles; après quoi ils sont rejetés hors de l'organisme. D'autres produits, après avoir été élaborés par les éléments cellulaires, sont repris par le sang ou la lymphe, distribués ensuite aux éléments des tissus, et utilisés par certains d'entre eux, ou quelquefois même par tous, en vue de l'exécution de certaines fonctions. Les premiers produits constituent les éléments des sécrétions dites *externes*; les seconds sont ceux des sécrétions *internes*, c'est-à-dire de celles dont le rôle physiologique s'exerce interstitiellement.

Pris en particulier, chacun des éléments cellulaires qui, par leur ensemble, constituent essentiellement l'organisme entier, jouit au point de vue de la *nutrilité* qui est elle-même l'une de ses propriétés cardinales : 1° du pouvoir de soustraire au milieu ambiant, par son activité élective et propre, une série de substances qui sont nécessaires à son entretien

ou à l'exercice de son fonctionnement. Il les introduit par ses propres forces en lui-même, dès qu'elles sont venues à sa portée, en les choisissant parmi d'autres avec une parfaite sûreté. C'est ce pouvoir de *susception élective* (comme j'ai proposé de le nommer), qu'on trouve à l'origine de tout mouvement d'ordre nutritif; 2° les cellules, après avoir introduit de la sorte en elles les substances utilisables, exercent sur celles-ci une seconde action que j'appellerai la *ségrégation*. Ce mot signifie tout à la fois et un choix parmi les substances introduites, et une série de modifications de ces mêmes substances sous l'influence de l'entrée en jeu du chimisme cellulaire actif. En exerçant les actes de ségrégation qui se passent en elle-même, la cellule fait, on peut aujourd'hui le dire, *constamment*, un double travail dont les termes sont parallèles bien que de valeur souvent inégale. Elle forme et fixe en elle-même certains produits, soit de constitution, soit de réserve (assimilation); elle en élabore d'autres qui, au bout d'un certain temps, devront sortir d'elle pour servir aux sécrétions externes ou internes (activité sécrétoire). Ces derniers produits sont exportés par un mécanisme variable, répondant à leur exode hors de la cellule; et ceci constitue l'*excrétion exocellulaire*.

Ces choses indiquées, on conçoit bien que le problème scientifique essentiel, mais restant tout entier à résoudre au point de vue hydrologique, serait de savoir quelle est, au précis, l'action des diverses eaux minérales sur les éléments également divers des tissus. Il consisterait à savoir, pour chacune d'elles, comment elles abordent chacun d'eux; puis quels matériaux elles leurs apportent. Et l'on conçoit que ces matériaux eux-mêmes pourront être : *a*) utiles au maintien ou au perfectionnement de la constitution ou *crase* cellulaire normale; *b*) modificateurs de cette crase en plus

ou en moins (excitateurs, sédatifs, expulseurs de produits de ségrégation anormalement accumulés ou stagnants). Voilà le problème posé; chacun comprendra combien il est vaste et de solution difficile, surtout si on le considère dans son ensemble, encore davantage si l'on prétendait obtenir d'emblée sa solution intégrale. Ce serait là prétendre, d'ailleurs, à la connaissance du mécanisme intime de la nutrition, base essentielle de la vie cellulaire et mystère que nous ne dégagerons sans doute jamais de façon parfaite.

Alors, me direz-vous, à quoi bon? et pourquoi poser ce problème! — C'est que, Messieurs, nul problème d'ordre biologique ne peut être l'objet de solutions partielles — les seules auxquelles nous puissions actuellement prétendre, — s'il n'a pas été exactement posé préalablement en son entier. Et pour dégager certaines inconnues, à la découverte desquelles nous croyons pouvoir utilement travailler, il convient du moins de savoir en quel sens elles ont chance de se présenter et par quelles routes il faut aller les chercher.

Ce que je veux dire ici constitue une sorte d'*introduction* à cette recherche, qui doit être constamment l'objet de vos préoccupations et de vos travaux. Car l'hydrologie médicale, si elle veut devenir une vraie science, doit forcément et de plus en plus, aussi de mieux en mieux, conduire et plus scientifiquement poursuivre ses investigations! Comme toute branche de la médecine, elle a commencé par penser cliniquement; et chacun admire aujourd'hui quel important parti elle a su tirer de cette fondamentale méthode. Elle a ensuite essayé de penser chimiquement. Elle tire constamment aujourd'hui de la climatologie, de la physiologie générale, des applications de la physique à la médecine, des fruits importants, nombreux et divers. Elle marche hardiment dans la voie scientifique.

Je suis venu ici pour lui rappeler, de mon côté, la parole prophétique de Claude Bernard : « Le problème biologique, a dit sur la fin de sa vie mon illustre maître, tendra de plus en plus à se circonscrire dans la cellule vivante. » Je voudrais donc que le médecin hydrologiste pensât, par la suite, quelquefois *histologiquement* et même *cytologiquement*. C'est pourquoi je cherchai à vous faire connaître quelques faits relatifs à la nutrition intime de la cellule vivante et des éléments non cellulaires de nos tissus. J'ai assez l'habitude des applications de l'Anatomie générale à la médecine et même à la thérapeutique, pour vous affirmer que la clinique hydrologique y gagnera peut-être quelque chose, et en tout cas qu'elle n'y perdra rien. D'autre part, j'estime qu'il y a là une voie à ouvrir à votre méditation, à votre contemplation active des choses de la vie. Car le médecin aura toujours avantage à considérer celle-ci sous le plus grand nombre d'aspects possibles : parce que souvent la vision d'un point particulier, fut-il d'ordre — et c'est ici le cas — microscopique, éclaire de sa petite lumière toutes les autres faces du sujet. Notre Pasteur a trouvé un monde au foyer d'une lentille, telle que les taillait ce vieux curieux de la nature qui s'appela Leuwenhoek.

Dans l'exposé qui va suivre, je tâcherai d'être le plus élémentaire et le plus clair possible. Je n'en ai pas moins recours, Mesdames, à votre grande indulgence. C'est, je le répète, un inappréciable honneur pour moi, que de vous retrouver nombreuses et si attentives en cet auditoire. Toutefois, je ne m'en étonnerai pas plus qu'il ne convient. On vous a peut-être dit qu'il y avait ici quelques fruits à cueillir sur l'Arbre de Science, et c'est sans doute pourquoi vous êtes toutes venues. Je vais essayer de parer

le rameau, pour du moins vous offrir la pomme sans épines trop dures.



I. Problème de l'abord électif. — Tous les matériaux capables d'être absorbés par une cellule vivante et introduits dans sa masse (cytoplasme) en vertu de la susception élective dont j'ai parlé plus haut, arrivent à sa portée par la voie des espaces conjonctifs. Pour exciter dans la cellule le mouvement de susception, il faut que la lymphe de ces espaces, dans lesquels elle baigne le plus communément (1), soit sensiblement « isotonique » à la partie fluide du corps cellulaire, laquelle imprègne ce dernier comme une sorte d'éponge. Autrement, ou bien la cellule n'intussuscepte pas, ou elle le fait sans élection. Elle est envahie par le liquide ambiant comme un corps hygrométrique qui s'hydrate et, de ce chef, elle subit un véritable traumatisme. Il est extrêmement facile de mettre ce fait en évidence précisément en ce qui concerne les cellules fixes du tissu conjonctif lâche ou celles des lames connectives minces telles que l'épiploon non fenêtré. Si, par une injection interstitielle bien ménagée dans le premier cas, ou en tendant la lame mince avec précaution, et en ajoutant ensuite le liquide, on arrive à faire pénétrer du sérum pris au sang de l'animal dans les espaces conjonctifs, les cellules fixes de ce dernier, tendues dans les intervalles des faisceaux connectifs et des fibres élastiques comme des nappes

(1) Il faut faire exception pour les cellules hépatiques, qui sont directement jointives aux capillaires radiés du lobule. Ici le filtre électif est uniquement constitué par la paroi, demeurée embryonnaire, du capillaire sanguin.

rameuses et anastomotiques entre elles de substance vivante, ne subissent tout d'abord aucune modification appréciable. Sauf le cas où un ou plusieurs de leurs prolongements rameux ont été rompus par la manipulation, elles se montrent telles qu'on les observe vivantes dans leur propre plasma. Leur cytoplasme est transparent comme du verre avec quelques granulations autour du noyau. Si l'on prolonge l'observation à la température du corps sur la platine chauffante, on voit peu à peu les cellules se gonfler légèrement. Elles absorbent par susception élective le liquide ambiant qui, étant très sensiblement isotonique et d'ailleurs renfermant des matériaux très analogues à ceux dont est chargée la lymphe normale des espaces conjonctifs, est en quelque sorte aspiré et comme bu lentement par la cellule, sans que celle-ci éprouve de ce chef aucune modification structurale sensible; ceci du moins durant un assez long espace de temps.

Les choses se passeront très sensiblement de la même manière, si au sérum du sang on substitue la solution dite physiologique, l'eau salée à 7 p. 1000. Cette solution est en effet très suffisamment isotonique, pour constituer un milieu presque indifférent par rapport aux éléments cellulaires du tissu conjonctif. Toutefois, si son action se prolonge, si même celle du sérum du sang de l'animal se poursuit au delà d'un certain temps, on assiste à des modifications cellulaires des plus instructives, parce que ce sont les mêmes qui se produisent dans le cas d'œdème. Le mouvement de susception, pour électif qu'il soit et accompli d'abord sans dommage apparent, introduit néanmoins dans le corps cellulaire des éléments incompatibles avec l'intégral maintien de sa nutrition normale. Les cellules non seulement se gonflent alors tout autour du noyau, mais elles se criblent

de vacuoles qui ne tardent pas à former au sein du cytoplasme une masse alvéolaire. Le contenu de ces vacuoles est un produit de ségrégation renfermant des graisses, et qui est le résultat de l'activité réactionnelle de la cellule à l'encontre des perturbations que fait éprouver, à son processus nutritif propre, son immersion dans un milieu légèrement anormal.

Nous apprenons ainsi que la substitution d'un liquide nouveau, de composition analogue et sensiblement isotonique au plasma des espaces conjonctifs, bien que toujours normalement constituée par une filtration continue, ménagée et élective du plasma sanguin à travers la paroi des vaisseaux, détermine à la longue des modifications importantes dans le mode de vivre des cellules conjonctives. Le plasma normal est donc préparé, dans chaque région, pour le maintien des éléments cellulaires délicats dont il constitue le milieu. Si sa composition est modifiée, la vie de la cellule est modifiée du même coup. Cette cellule intussuscepte; puis, par ségrégation élective exercée dans un but réactionnel, elle transforme les matériaux amenés à sa portée par le plasma dont la constitution a changé. Elle apparaît ainsi comme la réelle *régulatrice de la crase du milieu intérieur*, constitué par le plasma même des espaces conjonctifs.

Si maintenant on substitue au sérum ou à la solution physiologique de l'eau distillée, tout l'édifice du tissu conjonctif lâche va se modifier d'un seul coup. Les faisceaux conjonctifs se gonflent, les cellules rameuses se criblent de vacuoles, émettent des gouttes sarcodiques, augmentent subitement de volume au point de devenir globuleuses et de rompre leurs prolongements anastomotiques. Après quoi, détachées de leurs connexions, elles reviennent sur elles-mêmes et s'écrasent dans le retrait. Elles feront de même,

mais en se ratatinant de suite, si l'on emploie de l'eau distillée saturée d'alun, de sel marin ou de sucre. Un écart trop grand entre le tonisme normal de la cellule et le nouveau milieu, détermine, on le voit, de véritables traumatismes. Après quoi les cellules, ainsi vulnérées, meurent. Ou bien elle se restaurent très lentement, et le plus souvent en effectant des états métatypiques qui en font de réels infirmes.

On conçoit très bien par ce qui précède que, si les espaces conjonctifs, dont la constitution est, d'ailleurs, variable avec les régions et les organes, et qui renferment ici beaucoup de cellules fixes ou de faisceaux conjonctifs, là peu, qui enfin forment le milieu dans lequel sont plongés les muscles, les nerfs, les éléments glandulaires, etc., — si ces espaces (dis-je) reçoivent tous des vaisseaux sanguins une lymphe préparée pour eux, de leur côté, les éléments cellulaires du tissu conjonctif sont capables de modifier cette même lymphe. En exerçant par rapport au liquide qui leur a été fourni par les vaisseaux, et qui les baigne, leur pouvoir de susception élective; en modifiant ensuite, de façon variable avec leur nombre et leurs modalités, propres à chaque région, les matériaux intussusceptés; en restituant ensuite au plasma des espaces des produits nouveaux résultant de leur activité personnelle, les cellules actives du tissu conjonctif apparaissent bien, comme je viens de le dire, en leur fonction régulatrice. Elles préparent aux éléments nobles qu'unit et sépare le tissu conjonctif, un milieu choisi et élaboré pour chacun d'entre eux. C'est dans ce milieu que ceux-ci auront à puiser les matériaux de leur nutrition propre, lesquels seront venus se mettre à leur portée par le mécanisme que je viens d'énoncer, et qui est celui d'un véritable *abord électif*.

Vous avez déjà saisi, Messieurs, toute l'importance d'une fonction pareille, à laquelle on songe ordinairement assez peu si l'on ne sait pas penser histologiquement. Les faits que je viens d'énoncer ne sont pas nouveaux; ils ne sont contestés par personne. Ce que je viens d'en déduire est, si je ne m'abuse point, l'évidence même. D'autre part, qui ne sait, de par l'observation chimique, que les diverses eaux minérales portent leur action, très électivement dans bon nombre de cas, sur des tissus et des organes déterminés? Jusqu'ici, il est vrai, cette détermination a manqué très souvent d'une précision suffisante, bien que la chimie biologique ait fait faire à la question de larges pas en avant. Mais le mécanisme intime, tout aussi bien les voies de la détermination élective dont je viens de parler, nous ont jusqu'à présent complètement échappé. La simple réflexion nous dit que pour avoir quelque chance de les connaître, il faudrait tout d'abord faire le travail suivant : Déterminer, pour chacune de nos eaux minérales actives, comment elles pénètrent dans les espaces du tissu conjonctif et par quelles voies. Et, puisque c'est par l'intermédiaire de la lymphe des espaces conjonctifs que les substances actives qu'elles contiennent sont distribuées aux éléments nobles des tissus, il faudrait savoir comment les matériaux absorbables qu'elles apportent modifient les cellules connectives, subissent de par l'action de celle-ci des changements d'état qui les rendent aptes à laisser s'exercer, ou à exciter, ou à modérer le pouvoir de susception élective des différentes cellules organiques : — tout ceci, avant de faire un pas de plus et de poursuivre, au sein même de ces cellules, l'action des agents hydrominéraux par elles intussusceptés (1).

(1) C'est précisément ce que j'avais songé à faire et l'objet même

Rien ne saurait mieux aider à faire ce pas que de savoir comment fonctionne, pour ses échanges et son activité propres, une cellule vivante quelconque. Une telle connaissance, on le conçoit, réalisera la meilleure introduction à la solution future du problème posé. Dans cet esprit, je me propose de vous exposer non pas ce que l'on sait en général sur un pareil fonctionnement, car ainsi envisagée, la question serait trop vaste et par nombre de côtés demeurerait en dehors de ma compétence. Mais je peux du moins vous dire ce que nos méthodes histologiques nous ont appris, et en tirer quelques corollaires utiles, dont certains même vous sauteront aux yeux.

LITTÉRATURE MÉDICALE

I. — *Traité de l'allaitement*, par A.-B. Marfan, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades (ouvrage couronné par l'Académie des Sciences). G. Steinheil, éditeur.

L'énorme mortalité des enfants du premier âge reconnaît sa principale cause dans les troubles de la digestion et de la nutrition qui sont justiciables, à eux seuls, d'environ 450 décès sur 1000. Ces troubles sont aussi

---

d'études déjà commencées, mais que j'ai dû abandonner dès leur début, par suite de circonstances impérieuses et tout à fait en dehors de ma volonté. Le problème de l'*abord électif* des diverses solutions salines — et, par conséquent, des eaux minérales — sur les tissus, ne peut être résolu que très lentement, par une série d'expériences délicates et de longue portée. Mon intention était de m'adresser d'abord aux eaux minérales dont la constitution chimique se rapproche de celle du plasma sanguin, en particulier celles de Saint-Nectaire, et de déterminer si possible la façon dont elles modifient la lymphe des espaces conjonctifs, puis les cellules conjonctives, et de partir de là pour engager la position, puis la solution d'autres problèmes. Je n'ai pu établir le rapport projeté sur cette question.

le facteur le plus important de la morbidité du bas âge, et peu de nourrissons y échappent. Ceux qui n'en meurent pas sont destinés à rester longtemps dyspeptiques et chétifs.

Pour diminuer cette mortalité, il faut apprendre à connaître et à prévenir ces troubles digestifs, et la meilleure manière d'y arriver, c'est de bien étudier les règles de l'allaitement. Ces règles, M. A.-B. Marfan les expose dans son livre avec un talent et une science qui se font remarquer surtout par leur caractère pratique.

L'auteur commence par étudier le lait avec ses propriétés physiques, chimiques et vitales, ses microbes et ses falsifications. Il donne les moyens d'en faire l'analyse pratique, puis il recherche comment s'effectue la digestion du lait chez le nourrisson, et quel est chez lui le bilan des échanges nutritifs.

La deuxième partie, consacrée à l'allaitement, comprend cinq sections. La première est dévolue à l'allaitement maternel. Une femme grosse pourra-t-elle nourrir? — Quels sont les soins que doit prendre une femme grosse qui veut nourrir? — Comment réglementer l'allaitement? — Quelles doivent être l'hygiène et l'alimentation de la femme qui veut nourrir —; enfin, quels sont les incidents de l'allaitement maternel... Voilà les questions traitées dans cette première section.

La deuxième section est consacrée à l'allaitement par les nourrices mercenaires. Le choix de la nourrice, la direction de l'allaitement, la contagion syphilitique de la nourrice par le nourrisson, et du nourrisson par la nourrice, forment les chapitres principaux de cette section.

Dans la section III, l'auteur étudie l'allaitement artificiel, ses procédés et l'allaitement mixte.

La section IV traite du sevrage, et la section V de l'allaitement et de l'alimentation des nouveaux nés débiles et des nourrissons malades.

Si M. A.-B. Marfan a puisé largement dans l'œuvre de ses devanciers et contemporains, il a cependant apporté une contribution personnelle de la plus haute valeur et du plus grand intérêt pratique à cette grave question de l'allaitement. Toutes les matières qui soulèvent des difficultés, sont exposées clairement et d'une manière très détaillée. Les médecins qui liront son livre seront au courant de tout ce qui concerne la science, et je puis ajouter, l'art de l'allaitement; ils seront à même de répandre dans le public les connaissances nécessaires, de redresser les erreurs ou les préjugés populaires, car ils y trouveront pour leur pratique un guide aussi sûr à suivre qu'agréable à lire.

Albert Robin.

II. — *Traité de thérapeutique chirurgicale*, par MM. A. Ricard et Launay, 1 volume grand in-8° de 900 pages, avec 326 figures. Paris, O. Doin, éditeur, prix 18 francs.

C'est un bon, c'est un excellent livre que vient de faire paraître MM. Ricard et Launay, et c'est une bonne place, la meilleure place même pour faire l'éloge d'un *Traité de thérapeutique chirurgicale* que le Bulletin de thérapeutique.

Il n'y a que quelques années que la chirurgie, s'inspirant de la médecine, a pu concevoir un volume de cette nature. Il a fallu en effet les progrès réalisés dans notre art et la plus grande précision dans le diagnostic et dans l'opération pour pouvoir formuler des indications suffisamment précises menant de l'un à l'autre. En médecine, en effet, on peut établir à propos d'une maladie quelconque, la pneumonie par exemple, un ou plusieurs traitements et, si le premier ne réussit pas, adopter le second; il n'y a le plus souvent que des potions d'absorbées qui si elles n'ont pas fait de bien n'ont pas pu faire de mal; en chirurgie il en va tout autrement; ce qu'il y a à décider, c'est l'opération ou la non-intervention, et, dans un cas comme dans l'autre, le jugement est grave, le verdict des plus sérieux.

C'est pourquoi dans un traité de thérapeutique chirurgicale, il faut une grande place à la discussion des indications. C'est ce qu'ont bien compris Ricard et son collaborateur Launay, et dans tous leurs chapitres le choix de l'opération est précédé de la discussion de l'opportunité de cette opération.

Il ne manque qu'une chose à ce traité et ce n'est pas une lacune, il n'en pourrait être autrement, c'est la technique opératoire à laquelle les auteurs renvoient très souvent le lecteur, technique opératoire qui va paraître dans la collection de *Chirurgie contemporaine* que Ricard et moi nous dirigeons ensemble.

Je n'ai pas la prétention d'analyser en détail ce volume de près de 900 pages, je renvoie le lecteur au livre lui-même, ne pouvant lui donner de meilleur conseil.

Il y trouvera toutes les questions qui l'intéressent exposées clairement avec le développement qu'il convient et les figures nécessaires pour éclairer la lecture du texte.

Le plan suivi est celui des traités de pathologie externe; de plus, une excellente table permet de trouver de suite le sujet qu'on a besoin de consulter. Il n'y a pas jusqu'au traitement de ce qu'on appelle les spécialités qui ne soit étudié dans cet ouvrage. Le médecin trouvera ce qu'il doit faire dans les cas de plaie de l'œil, d'inflammation de cet organe; de même, pour les maladies des organes génitaux de l'homme. Inutile de dire que la thérapeutique chirurgicale des maladies de la femme fait l'objet de plusieurs chapitres. La gynécologie n'est pas, en effet, une spécialité chirurgicale, et tout chirurgien qui a une salle de femmes, est forcé de savoir sa gynécologie. Du reste les gynécologistes spécialisés qui ne reçoivent pas d'appendicites dans leurs services, les opèrent en ville; ils ont moins de raison de faire cette opération qu'un chirurgien pas spécialiste d'opérer un fibrome qu'il traite journellement dans ses salles, et enfin le livre de Ricard est écrit pour le chirurgien livré à ses propres ressources et qui est obligé de tout faire.

Je termine en disant que, dans un traité de thérapeutique chirurgicale, c'est le bon sens clinique inséparable d'une grande pratique chirurgicale qui fait le mérite de l'ouvrage; ces qualités, nul ne pouvant mieux les réunir que Ricard, et c'est pourquoi son livre aura, j'en suis sûr, un grand succès.

ROCHARD.

FORMULAIRE

Pommade au naphtol camphré et à l'oxyde de zinc :

Naphtol camphré	0 gr. 50
Oxyde de zinc.	5 »
Vaseline	50 »

Cette pommade donne de bons résultats dans certains cas d'eczéma.

Traitement des métrorrhagies (Lutaud).

Potion :

Ergotine	2 gr.
Alcool	3 »
Eau distillée	140 »

Une cuillerée à soupe toutes les deux heures.

Il est préférable d'employer les injections hypodermiques :

Ergotine	0 gr. 20
Glycérine	20 »
Eau	20 »

Dans les vingt-quatre heures, le quart ou la moitié d'une seringue de 1 gramme.

Injections vaginales chaudes à 44°.

Le curettage doit être immédiatement pratiqué dans les métrorrhagies consécutives aux fausses-couches et chaque fois qu'on suppose que la perte de sang est due à des débris placentaires ou à un polype.

Le Gérant : O. DOIN

IMP. F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE. — PARIS-6e



BULLETIN

Lois italiennes contre le paludisme. — Les étudiantes à Berne. — La consommation du lait dans les grandes villes. — La tuberculose. — Les ongles chez les aliénés. — Les maladies professionnelles. — La vitalité de la peau humaine.

La lutte contre le paludisme en Italie est entrée dans une phase réellement active avec les deux lois nouvelles qu'ont votées les Chambres. En vertu de la première loi, tout paysan pris de fièvre pendant le travail recevra de la quinine et continuera à recevoir des soins aux frais et pour le compte du propriétaire qui l'emploie. La loi considère l'atteinte par le paludisme comme un accident de travail contre lequel le propriétaire doit s'assurer. La deuxième loi fixe un prix maxima de la quinine, prix obligatoire pour tous les pharmaciens. La vente de la quinine, dans les régions dépourvues de pharmaciens, est confiée aux personnes qui vendent du sel et du tabac, qui sont un monopole de l'État. Le gain net de la vente de la quinine sera destiné à la lutte contre le paludisme.

°°°

L'Université de Berne a en tout 1.179 étudiants dont à peine un peu plus de la moitié, soit 637, sont originaires de la Suisse, tandis que les autres 542 sont étrangers. Le nombre des étudiantes y atteint le chiffre de 348, dont 291 sont des Russes. La plupart des étudiantes russes sont inscrites à la Faculté de médecine qui, grâce à cet appoint, a plus d'élèves du sexe faible que

du sexe fort ; elle compte en effet 451 personnes immatriculées dont 252 femmes et 199 hommes.



La question du lait est toujours importante dans l'approvisionnement d'une grande ville. C'est au prix des plus réelles difficultés qu'on se procure du lait potable à Paris. Londres, qui consomme 810 millions de litres de lait par an, ne peut obtenir que 32.000 litres de ses vacheries, le reste provient de l'extérieur et est difficilement à l'abri des sophistications. A Liverpool, la mortalité infantile étant 241 pour 1.000, la municipalité effrayée a dû prendre des mesures. Des dépôts ont été créés où on livre à des prix abordables un mélange de lait, crème, sucre et eau, bien stérilisé, livré en petits flacons avec des indications écrites pour les mères et nourrices. Bien que cette mesure soit récente, elle donnerait dès à présent d'excellents résultats.



La Compagnie générale des allumettes de la République Argentine aurait mis en circulation, dit la *Presse médicale*, une série de 3.500.000 boîtes d'allumettes portant imprimées des instructions contre la propagation de la tuberculose, en même temps que des portraits de médecins qui se sont spécialement occupés de cette maladie. L'idée est bonne, puisse-t-elle être utile !



Après toute maladie grave, il se forme à la surface des ongles un sillon transversal qui s'avance de la base à l'extrémité. M. Pierret (de Lyon) a observé que ce sillon apparaissait aussi dans les maladies mentales le plus souvent au bout de deux à trois semaines après le début de la maladie. On pourrait même tirer de l'examen de ce sillon unguéal quelques éléments pro-

nostiques sur la marche de la vésanie. C'est ainsi que si la partie de l'ongle située en arrière du sillon est sur un plan inférieur à la partie antérieure, le pronostic est médiocre, l'affection n'est pas terminée et l'état délirant va persister. Si, au contraire, la partie postérieure est au même niveau que la partie antérieure de l'ongle, on peut affirmer que la guérison est proche, si même elle n'est déjà faite.



La statistique des maladies professionnelles observées en Angleterre prouve que l'effort des hygiénistes n'a pas été stérile pour celles du moins dont la déclaration a été rendue obligatoire.

En tête vient le saturnisme qui, à lui seul, a fait, en 1901, 863 victimes. Dans ce nombre ne sont pas compris les cas observées chez les peintres, plâtriers, car la loi sur les fabriques ne vise pas les chantiers de peinture en bâtiment. Il y a cependant un progrès certain, puisqu'en 1900 le nombre des cas déclarés était de 1.058, et en 1899, de 1.258. Ce progrès est surtout sensible pour les fabriques de céruse et pour l'industrie céramique.

Dix-huit ouvriers ont été atteints d'hydrargyrisme en 1901, Quatre ont eu à souffrir de l'empoisonnement par le phosphore et douze par l'arsenic.

La septicémie charbonneuse, d'origine professionnelle, a causé dix décès sur trente-neuf ouvriers atteints.



La peau humaine conserverait sa vitalité pendant un temps très long. M. Waller a communiqué à la Société royale de Londres qu'un morceau de peau saine pris sur un opéré a toujours montré quarante-huit heures après l'opération des signes non douteux de vie, c'est-à-dire une réaction de plus de 0,005 de volt à un fort

courant d'induction. Cette réaction ne s'obtiendrait pas avec la peau d'un moribond ou la peau d'un cadavre.

Mais la vitalité persisterait bien au delà de quarante-huit heures puisque M. Waller aurait pu transplanter chirurgicalement de la peau, dans un état de demi-dessiccation et avec des précautions antiseptiques, conservées pendant sept, quatorze et même vingt et un jours avant la greffe. Il est enfin à signaler que vingt-deux greffes, pratiquées par ce chirurgien avec des fragments de peau conservés pendant six mois dans du liquide ascitique stérile, auraient été suivies de seize résultats positifs.

HYDROLOGIE

Sur quelques phénomènes intimes de la nutrition et des sécrétions (1).

Conférence faite au Congrès d'Hydrologie, le 30 septembre 1902, par le professeur J. RENAUT.

(*Suite.*)

II. VARIATIONS MORPHOLOGIQUES DE LA CELLULE GLANDULAIRE AU COURS DE SON FONCTIONNEMENT. — Je choisis maintenant pour objet d'études la cellule glandulaire, car c'est en elle que se marque le plus distinctement et subsiste mieux la trace saisissable des échanges organiques. Cette cellule porte en elle l'activité de ces échanges au maximum ; ils y apparaissent souvent en des phases tranchées. L'attitude de repos, de mise en action puis de retour au repos, y deviennent saisissables et y suscitent des variations cytologiques caractéristiques. Je vous ai d'ailleurs montré en commençant en quoi consiste en bloc un échange organique. C'est une action de ségrégation. Toutes les cellules jouissent de cette propriété cardinale. Elles *prennent*, *transforment* et *rendent* au milieu intérieur. D'où trois actes ou phases : susception élective, ségrégation, excrétion exocellulaire. Suivons sommairement ces phases dans les cellules de diverses glandes

(1) Voir le numéro 5 du 8 février 1903.

à sécrétion, soit externe, soit interne, où elles ont été quelque peu déterminées :

a) *La phase de susception élective et l'ergastoplasme.* — Considérons d'abord un cul-de-sac sécréteur d'une glande à fonctionnement alternatif : un acinus ou grain glandulaire d'une parotide, ou le fond d'une glande en tube de la grosse tubérosité de l'estomac, par exemple. En dehors de la membrane propre qui limite le cul-de-sac, les espaces du tissu conjonctif, remplis d'un plasma déjà préparé par filtration élective des capillaires sanguins, constituent le milieu où les cellules glandulaires vont puiser. La membrane propre constitue de son côté un dialyseur d'une minceur extrême. En dedans de cette membrane, les cellules glandulaires sont rangées en ordre épithélial, toutes jointives les unes aux autres par leurs plans-côtés. Elles reposent sur la membrane propre par leur pôle d'implantation qui sera ici le *pôle susceptif.* Par leur pôle libre, elles confinent à la lumière glandulaire, voie des produits de sécrétion qu'elles vont former : ce pôle est donc leur *pôle émissif.* Au sein de son corps cellulaire protoplasmique ou *cytoplasma*, chaque cellule glandulaire renferme un noyau, organe directeur essentiel de sa vie et de ses actions. Ce noyau est formé par un réseau de matière albuminoïde phosphorée (la chromatine), entre les mailles duquel prend place un suc particulier, le *caryoplasma.* Voici le petit être vivant de sa vie individuelle et personnelle au milieu des autres, et qui va opérer ses échanges organiques dans le sens prépondérant de l'activité sécrétoire, plus développée chez lui que chez les autres cellules, parce que telle est parmi celles-ci sa spécialité.

Une telle cellule est au repos pour le moment; mais elle doit bientôt fonctionner, et pour cela, elle va s'approvisionner, « se mettre en charge ». Le travail de susception

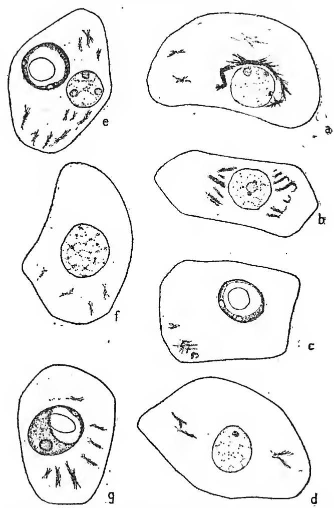


Fig. 1. — Cellules du corps jaune du Hérisson commun, montrant les divers aspects du dispositif ergastoplasmique. (Il s'agit ici d'une glande à sécrétion interne ou *endocrine*.)

a, Ergastoplasma en couronne; trois paquets de filaments ergastoplas-

élective commence lentement. Puis il s'accuse, s'accroît et se continue ainsi jusqu'à ce que la cellule ait intussusceplé une série de matériaux dont elle trouve les éléments réunis dans le plasma des espaces connectifs ambiants. Sur son pôle réceptif, on voit alors apparaître un dispositif tout à fait particulier, signalé d'abord par Solger, puis bien étudié par l'École de Nancy avec Prenant et Garnier son élève, ensuite par plusieurs autres observateurs, notamment dans mon laboratoire par Regaud (fig. 1), Cade, Policard, Bonnamour. Ce dispositif, aujourd'hui déjà suffisamment connu et identifié dans sa forme et ses principaux caractères histochimiques, a reçu de Prenant et Garnier le nom d'*ergastoplasme*, ce qui veut dire « portion travailleuse du protoplasma ».

Les « filaments basaux » de Solger, qui constituent à proprement parler l'ergotoplasme, commencent à se différencier, dans toutes les cellules où l'on a constaté jusqu'à présent leur existence, sur le pôle d'implantation de celles-ci. Ce ne sont point là des fils vrais, mais des lames comparables à celles d'un gâteau feuilleté, dont la direction générale est parallèle à la hauteur de la cellule, et qui occupent la région infra-nucléaire de cette dernière. Le dispositif

miques grêles sont, en outre, disséminés dans le corps cellulaire (cytoplasme).

b, Paquets de filaments ergastoplasmiques groupés de part et d'autre dans le sens de la plus grande longueur de la cellule.

c, Noyau coupé. Sphère interne encapsulée.

d et *f*, Noyaux à membrane très mince, presque sans chromatine et sans nucléoles; quelques petits paquets d'ergastoplasma sont disséminés dans le cytoplasme.

e, Cellule à deux noyaux, dont l'un est coupé montre la sphère interne. Ergastoplasma abondant.

g, Noyau coupé à la façon du noyau de la cellule (*c*) et montre le dispositif filamenteux en panier.

D'après Regaud et Policard (*Notes histologiques sur l'ovaire des mammifères*), Congrès de l'Association des Anatomistes. Lyon, 1901.

lamellaire s'étend peu à peu de l'extrême base de la cellule en remontant vers le noyau, qu'il enveloppe à la fin de la période de la mise en charge à la façon d'une corbeille, ouverte du côté du pôle émissif, et dont les traits meurent en s'épuisant dans le cytoplasme ordinaire. Il s'agit ici d'une édification absolument temporaire, imposant vraiment l'idée d'une série de lignes de force dirigées dans le sens du mouvement susceptif qu'exerce à ce moment la cellule d'une façon progressivement intense. Un courant humide ascendant très actif, traversant un filtre de sable fin, déterminerait mécaniquement dans la masse du sable, entre ses filets pénétrants, une décomposition en lamelles toute semblable. Mais il ne s'agit pas ici d'un simple effet mécanique. Les lames entrecoupées et ascendantes de l'ergastoplasme ne sont pas seulement formées par des portions du protoplasma tassées et condensées entre les filets liquides répondant à l'entrée dans la cellule des matériaux puisés par cette dernière au dehors. Elles sont le résultat d'une variation tout à fait originale du protoplasma lui-même. Pour devenir travailleur, ce dernier prend un état moléculaire nouveau, une constitution chimique également nouvelle. Après fixation par le bichromate acétique, par exemple, on constate que les cloisons et les travées ergastoplasmiques, formées par une substance hyaline et réfringente sensiblement à la façon du filament chromatique d'un noyau de cellule qui se prépare à faire une mitose, fixent également avec élection les colorants nucléaires à la façon de la chromatine elle-même. L'hématoxyline et l'hématéine les teignent en violet foncé, la safranine en rouge, etc. Faut-il en conclure que, pour former l'ergastoplasme, le noyau cède au protoplasma une partie de sa nucléine pour concourir à la constitution éphémère du protoplasma travailleur? La chose paraît du moins

probable; mais comme cette question particulière est encore à l'étude, je ne la discuterai pas ici.

En revanche, il est un point qui dès à présent paraît hors de conteste : c'est la présence du fer comme élément constitutif de l'ergastoplasme. Les filaments basaux de Solger, l'ergastoplasme de Prenant et Garnier, font un avec ce que Macallum, puis Bensley, appellent le « proferment » des cellules glandulaires. Pour le cas particulier des cellules principales des glandes de l'estomac — celles qui sécrètent la propepsine soluble — la certitude est absolue. Dans toute l'étendue du dispositif filaire, le fer est abondamment répandu tandis qu'on n'en trouve pas ailleurs dans la cellule. Il fait partie intégrante des travées ergastoplasmiques sous la forme d'un composé organique qui d'emblée ne donne pas la réaction du fer, mais qui la fournit si au préalable on a réduit ce fer organique à l'état de fer inorganique par une solution faible d'acide sulfurique. Dès lors, chaque cellule en cours de mise en charge montre, par la réaction bien connue du bleu de Prusse, une série de fines granulations ferriques qui suivent exactement la direction des travées ergastoplasmiques. Elles dessinent à proprement parler ces dernières, et donnent des images exactement superposables au dispositif ergastoplasmique mis en évidence par les moyens ordinaires. Conclusion ici de toute importance : le dispositif ergastoplasmique est une édification provisoire, ferrique dans ce protoplasma travailleur, presque au même titre que dans une fibrille élémentaire de muscle strié, dont les disques épais chargés d'hémoglobine renferment également du fer en combinaison organique.

Je dis que cette édification est provisoire. En effet, après s'être développée progressivement, et aussi étendue pendant toute la phase de mise en charge de la cellule glandu-

laire, elle se réduit ensuite rapidement et se refond dans le cytoplasme ordinaire dès le début de la phase suivante, qui est celle où cette cellule exerce son pouvoir de ségrégation élective. Ou bien il en reste comme en réserve des vestiges. Dans certaines cellules à fonctionnement à la fois alternatif et très actif, elle se réunit en masses grossièrement filaires qui ressemblent à des noyaux par leur chromaticité. Telle est la signification de nombre de formations désignées sous le nom de « paranucléi », et jusqu'ici demeurées énigmatiques.

b) *La phase de ségrégation : vésicules et grains de sécrétion.* — La cellule ayant extrait du milieu ambiant, et de par son choix propre, puis introduit dans son cytoplasme un plasma chargé d'éléments utiles à l'exercice de ses fonctions d'ordre nutritif, elle va maintenant mettre en jeu son activité biochimique personnelle. J'ai déjà dit qu'en vertu de celle-ci l'élément cellulaire s'incorpore certains produits destinés à faire partie de lui-même à titre de récréments de ses diverses parties. Ceci répond à sa propre et personnelle nutrition, et dans cet acte, *il prend*. D'autre part, il exerce son « activité sécrétoire » et, de ce chef, se prépare à *rendre* au milieu ambiant quelque chose. C'est ce dernier processus qui, jusqu'à présent, est seul devenu saisissable par des variations cytologiques évidentes. Ces variations ne révèlent pas, loin de là, le mystère même de l'acte sécrétoire; mais du moins elles permettent d'en fixer les étapes et d'en préjuger le sens.

En de certains points du cytoplasme, on voit, en effet, se rassembler des produits nouveaux, différant tout à la fois et de ceux renfermés dans le plasma des espaces conjonctifs périglandulaires, et du liquide intussusceplé par le jeu de cet ergastoplasme formé d'une substance vivante proba-

blement phosphorée, certainement ferrique, qui crée temporairement sur le pôle susceptif de la cellule un dispositif fibroïde aspirant, peut-être par une sorte de préhension élective, les éléments du plasma dans une série de voies capillaires physiquement très favorables, on le conçoit, à leur active et rapide pénétration. Les produits de la ségrégation bio-chimique du mode sécrétoire se ramassent tout d'abord, au fur et à mesure qu'ils sont élaborés et chimiquement constitués, dans ce qu'on appelle des *vacuoles* ou *vésicules de sécrétion* du protoplasma.

Il faut remarquer tout d'abord que les vacuoles ne sont pas des espaces préformés. Chaque vacuole répond seulement au point où les produits de l'activité sécrétoire viennent se collecter peu à peu. De tels points n'ont pas, au sein du protoplasma, une situation fixe : la preuve en a été donnée par Ranvier en ce qui concerne les vacuoles développées au sein des travées de protoplasma qui règnent entre les boules de mucigène déjà formé des cellules mucipares, et constituent dans leurs intervalles l'élégant réseau décrit par Landowsky. Ces vacuoles, qui ne renferment que de l'eau et des cristalloïdes, mais aucune matière albuminoïde (car le peroxyde de ruthénium les laisse incolores), sont mobiles, — ou plutôt mobilisées par la contraction lente du reste du protoplasma. Elles changent de place, s'éloignent, se rapprochent les unes des autres, se fondent les unes dans les autres ou au contraire bourgeonnent et se scindent, etc. Il semblerait donc de prime abord que ces vésicules de sécrétion, incessamment changeantes et comme erratiques au sein du protoplasma actif, n'ont pas plus d'individualité réelle que de fixité. Des faits d'un grand intérêt observés très récemment, vont cependant nous conduire à une conclusion toute différente.

Un point certain, c'est que lorsqu'il apparaît au sein du protoplasma une cavité remplie de liquide, — une vacuole, — le liquide ou plus généralement la substance que renferme celle-ci est étrangère au protoplasma : ce n'est pas là du protoplasma vivant. C'est ce que nous avons bien vu par l'action de l'eau distillée sur les cellules vivantes du tissu conjonctif. C'est aussi ce qu'on observe quand cette même action porte sur des cellules cartilagineuses, etc. La pénétration de l'eau exerce alors un traumatisme sur le cytoplasme ; celui-ci émet et expulse une portion de sa substance lésée, ceci sous forme de « gouttes sarcodiques ». Aux lieu et place de ces gouttes, il se collecte de l'eau modifiée plus ou moins par sa filtration à travers le protoplasma : voilà une vacuole. Le contenu de celle-ci est désormais « enclavé » purement et simplement au sein du corps cellulaire. Il sera modifié, résorbé ou expulsé, si la cellule ne meurt pas. Une vésicule de sécrétion renfermera, elle aussi, un liquide, puis des produits plus ou moins complexes étrangers au protoplasma, ségrégés et constitués par l'activité sécrétoire de ce dernier d'une certaine façon et affectant un certain chimisme, qui précisément les détermine. Dans quelques cas particuliers, on a pu saisir au sein du protoplasma le début de cette détermination chimique.

Regaud, en traitant par l'ématoxyline au cuivre de Weigert des coupes minces du testicule fixé par le bichromate acétique, a pu suivre l'évolution des vésicules de sécrétion, puis des grains de sécrétion, au sein de la masse syncytiale des cellules de Sertoli, qui sont en somme les véritables cellules glandulaires du tube séminifère. Ces vésicules se teignent alors en bleu-noir. Dans certaines conditions, elles se colorent en rose par la safranine. Elles ont par conséquent un chimisme déterminé et personnel, rendu incontes-

table par le critérium du « principe des méthodes convergentes » tel que je l'applique depuis nombre d'années. Or, avec l'hématoxyline cuprique, que voit-on? — Tout d'abord, les vésicules de sécrétion se réduisent à un *point bleu-noir*, répondant au point où le protoplasma exerce sa propriété de ségréger et de constituer chimiquement le produit de son activité sécrétoire. Bientôt le point augmente de volume, il forme une sphérule à centre clair et à marge bleu-noir. Enfin, sur les grosses vésicules, souvent bosselées ou bourgeonnantes, se présentant avec l'aspect de perles irrégulières ou de verre soufflé, on peut constater ce fait d'une capitale importance. — Au sein du protoplasma ambiant, la vésicule se distingue par une paroi homogène et lisse, d'un bleu-noir foncé; tandis que le liquide qu'elle renferme, incolore d'abord, se fonce progressivement. Ainsi, tandis que cette vésicule, certainement mobile, se déplace, s'agrandit, collecte de plus en plus le produit de ségrégation dans sa cavité, c'est sa paroi qui se montre particulièrement agissante. Par son action modificatrice sur les liquides extraits du cytoplasme, elle apparaît comme le lieu premier et l'instrument de la variation chimique qui détermine le produit de sécrétion. Elle joue donc le rôle d'un filtre électif, c'est-à-dire actif. Sa signification est celle d'un point élu du protoplasma, devenu électivement aussi ségrégateur au milieu du reste, et qui, pour opérer cette fonction, croît et s'étale en surface fermée, et se transporte au sein de la cellule pour extraire, transformer définitivement et collecter : tout comme l'ergastoplasme s'était formé pour puiser hors de la cellule les éléments destinés à la nutrition et à sa fonction sécrétoire de celle-ci.

Les vésicules de sécrétion prennent donc passagèrement au sein du protoplasma où elles se forment par points, une

individualité propre. Elles aussi deviennent de la sorte des édifications protoplasmiques temporaires. Elles sont limitées par un protoplasma travailleur d'un mode nouveau, qu'elles transportent avec elles dans leurs migrations lentes au sein du corps cellulaire. L'hématoxyline cuprique les saisit dans nombre de cellules glandulaires (cellules de la surrénale : Bonnamour; — cellules des tubes contournés du rein : Regaud et Policard; — cellules du corps jaune du Hérisson : Regaud et Policard). C'est au sein de ces vésicules que mûrissent les préproduits de sécrétion qu'on appelle improprement *grains de sécrétion*, et qu'il vaudrait mieux à mon sens nommer *grains de ségrégation*, car ils ne représentent certainement pas les produits définitifs de l'activité sécrétoire.

En effet, ces grains, variables comme chimisme et conséquemment impossibles à mettre en évidence partout par méthode univoque — il suffira de citer les grains de mucigène, ceux de propepsine soluble ou insoluble et les grains des cellules pancréatiques pour comprendre la raison d'une pareille affirmation. — Ces grains, dis-je, différents entre eux dans chaque variété de glandes à sécrétion soit externe, soit interne, mûrissent en même temps qu'ils grandissent au sein des vésicules de sécrétion où ils se sont différenciés et formés. C'est encore la paroi de la vésicule qui joue en cette phase de croissance le rôle d'intermédiaire entre le protoplasma ambiant et les grains eux-mêmes. En outre, une seule et même cellule glandulaire peut être le siège de vésicules de sécrétion d'ordre et de signification multiples. C'est ce qui se passe dans les cellules mucipares. Les boules de mucigène se développent en une série de points spéciaux du protoplasma et au sein de vésicules de sécrétion particulières. Dans les travées protoplasmiques subsistantes et inter-

médiaires aux boules, se forment de leur côté les vacuoles de Ranvier, lesquelles ne renferment rien qu'un liquide séreux. Mais ces vésicules séreuses viennent tour à tour crever au voisinage de l'orifice émissaire de la cellule caliciforme. Alors, elles versent leur contenu sur les boules de mucigène mûres pour l'excrétion exocellulaire. Elles mêlent leur liquide séreux à ce mucigène; elles l'hydratent et le transforment. Si bien qu'il ne sort pas de la cellule sous forme de boules ou de grains, mais à l'état de mucus visqueux et semi-liquide. Un grand nombre de grains de ségrégation, — à ma connaissance même le plus grand nombre, — subissent des modifications analogues et disparaissent en dehors de la cellule glandulaire. Le plus souvent même, c'est à cette modification ultime que les préproduits doivent la propriété de sortir par diffusion de cette cellule, lorsqu'il s'agit de cellules closes sur leur pôle libre ou émissif (ce qui est, du reste, le cas le plus général). Sur ce pôle libre prend, du reste, assez souvent place un dispositif figuré (plateau lisse ou strié, bordure en brosse, etc.), qui très probablement joue le rôle d'ultime filtre ou dialyseur électif terminal. L'heure n'est pas encore venue de préciser à ce point de vue; mais on peut, dès maintenant, comprendre comment certaines cellules glandulaires, qu'on pourrait *à priori* considérer comme devant être forcément sensibles à leur propre produit de sécrétion, lésées même par celui-ci, ne le sont point du tout. Cela tient probablement à ce que le produit ne prend sa constitution définitive et par suite son activité spéciale totale, que juste au moment où son exode hors de la cellule est accompli.

Et tout ceci n'est qu'un point dans l'histoire générale de la nutrition! Je n'ai abordé ici qu'une des multiples faces du problème. J'ai laissé de côté toutes les actions dites

« phagocytaires », un mot nouveau pour une très vieille chose, — toutes les opérations nutritives lentes qui aboutissent à la formation et à l'emmagasinement des matériaux de réserve, etc., etc. J'ai choisi pour vous en parler, et à cette occasion, pour vous donner une idée de ce que c'est qu'un acte nutritif en son essence, le phénomène éclatant de la mise en jeu de l'activité sécrétoire dans la cellule glandulaire, devenue parmi toutes les autres habile à l'exercer. Et vous avez, avec moi, saisi cette cellule en une série d'attitudes fonctionnelles répondant aux étapes mêmes de son fonctionnement. Vous voyez que ces attitudes sont partiellement déterminées. Je vais vous montrer maintenant que de leur connaissance encore imparfaite, on peut tirer, dès maintenant, quelques corollaires utiles.

Aux yeux du médecin qui sait réfléchir, l'ergastoplasme n'apparaîtra plus désormais comme une pure et simple pose plastique du protoplasma, esthétiquement belle uniquement pour l'œil de l'histologiste. Nous pouvons prévoir qu'il s'agit là d'une fonction cellulaire d'ordre étendu. Car l'activité sécrétoire ou plus généralement le pouvoir d'exercer la « susception élective », nous apparaît d'ores et déjà comme une propriété générale de tous les éléments cellulaires capables de variations nutritives. C'est dire qu'il appartient à toutes les cellules vivantes. Seulement, dans certains nombre d'entre elles, cette fonction s'exerce lentement et y demeure comme larvée. Seule la cellule glandulaire, ou plutôt parmi les cellules glandulaires quelques-unes d'entre elles, montrent le déploiement progressif et cyclique de la formation ergastoplasmique avec toute son évidence et tout son éclat. C'est d'après ces cellules particulièrement actives qu'on peut, je ne dis pas dès à présent

juger, mais préjuger de la signification générale de la fonction ergastoplasmique.

Or, l'ergastoplasme n'est autre chose qu'une édification provisoire ferrique, avons-nous déjà dit. Sans fer intussusceptó par une cellule, et disposé sous forme de composant ferrique organique en elle, point de mouvement de susception élective actif et parfait ; par suite point de ségrégation élective ultérieure, de son côté parfaite et normale. Quelle nouvelle et puissante lumière, jetée de cette façon sur l'histoire entière des anémies, en particulier de la chlorose ! Là, nous savions bien que le fer manquant aux globules rouges du sang, ces derniers, où la molécule ferrique joue le rôle de métal précieux dans un alliage, devenaient une « monnaie respiratoire » de titre altéré et bas. Nous expliquions encore aisément l'asthénie musculaire énorme des chlorotiques ; puisque la substance contractile de toute cellule musculaire striée, chez le vertébré, renferme au même titre que le globule rouge du sang une hémoglobine particulière. Nous comprenons seulement à cette heure l'alanguissement parallèle de toutes les sécrétions — telle celle des glandes stomacales à propepsine soluble, — nécessitant pour leur phase de mise en charge le déploiement de formations ergastoplasmiques puissantes et actives. Nous pressentons aussi que ce besoin impérieux de fer, montré avec tant d'évidence par le jeu des hautes cellules glandulaires, peut et doit être général. Et nous savons désormais, qu'il faut apprendre à satisfaire ce même besoin, le cas échéant, en déterminant peu à peu quelle est, pour chaque tissu qui l'éprouve, la meilleure voie d'accès des compositions ferriques, les conditions qui réalisent pour chacune de celles-ci l'état particulier en vertu duquel elles seront l'objet, de la part de cellules vivantes des divers tissus, d'un effort

facile et par suite efficace de susception élective. Qui ne voit d'emblée, en un tel programme de pharmacodynamique cellulaire, celui de l'étude scientifique même de tout un groupe important de nos eaux minérales connues? Qui ne comprend, d'autre part, fût-ce de façon encore imprécise, pourquoi certaines eaux médiocrement riches en fer, mais dont la constitution en tant que solutions salines, les rapproche de celle du plasma (Saint-Nectaire, par exemple), pénétreront mieux, plus rapidement les tissus des chlorotiques et leur restitueront le fer utile et avec lui l'activité de leurs actes nutritifs, mieux que d'autres solutions ou eaux minérales ferriques en apparence plus puissantes ?

En outre, Messieurs, l'ergastoplasme est selon toute probabilité une édification plus ou moins phosphorée.

Il semble aujourd'hui certain que le noyau participe à sa formation épisodique en lui cédant une portion — ou un dérivé — de sa chromatine, c'est-à-dire de sa nucléine, qui est phosphorée. Sans doute le phosphore, malgré les travaux de Macallum et de ses élèves, ceux de Lilienfeld et Monti, etc., y a été moins exactement identifié et localisé que le fer. Nous savons en tout cas qu'il fait partie intégrante, et cela assez largement, du stroma des globules rouges du sang. Lilienfeld et Monti l'ont mis hors de doute par la réaction du molybdate d'ammoniaque sur ces globules, suivie de l'action du pyrogallol. Ils ont constaté la réaction noirâtre caractéristique du phospho-molybdate. Avec les globules du sang, en eux à côté du fer, le phosphore circule. Aucun noyau, directeur effectif de tout le mouvement vital dans la cellule vivante, ne peut conditionner sans lui, du moins à l'état parfait, son réseau chromatique. Et d'autre part, nous voyons la cellule glandulaire peut être la plus active et la plus continuement agissante, — la cellule hépa-

tique — tellement avide du globule rouge (pour ce que ce dernier contient, sans nul doute) qu'elle ne prend pas toujours la peine d'extraire de lui avec ménagement les substances utiles. Ainsi que l'a montré Browicz, elle est capable de le capter et de l'incorporer en nature et en bloc. Elle le phagocyte et le digère, et l'on retrouve des cristaux d'hémoglobine ou de ses dérivés enclavés dans son cytoplasme et même dans son noyau. Mais dans la nutrition intime d'une cellule et en dehors du récrément qu'il doit apporter à la constitution du noyau, le phosphore incorporé est loin de jouer, de son côté, un rôle négligeable. On commence à connaître, et même à suivre histologiquement, la part très large qu'il prend à un phénomène biochimique de la première importance. Je veux parler de la transformation des graisses neutres en lécithines, c'est-à-dire en graisses phosphorées.

Dans les cellules du tissu conjonctif d'une série d'animaux, mais plus particulièrement dans celles des poissons, on se convainc aisément que la graisse n'est nullement absorbée en nature. Elle est d'abord « larvée », comme le dit Ranvier, et élaborée sous forme de produits de ségrégation intra-protoplasmique qui ne présentent tout d'abord aucun des caractères histochimiques des graisses vraies. On voit en premier lieu apparaître des grains de ségrégation brillants, mais qui ne se colorent pas en bistre par l'acide osmique, réactif par excellence des graisses neutres en histochimie. Ces grains se teignent, par contre, en rouge brique lumineux par l'éosine. Si on les observe bien, on peut les voir peu à peu comme « virer » au noir bistré, parfois partiellement et comme par moitié. Dans les préparations fixées par les vapeurs osmiques puis colorées par l'éosine, on peut trouver par suite, dans une seule et même cellule qui va

subir l'évolution graisseuse, des grains tous brillants et réfringents, mais les uns rouges, les autres d'un noir bistre, d'autres enfin mi-partie rouges et bistre. Quand les grains sont nombreux, on peut suivre une série de transitions entre les deux colorations rouge franc et bistre franc. Mais en outre, dans certaines cellules, on voit apparaître parmi les autres des grains d'un noir d'encre de Chine qui, au fur et à mesure que l'évolution se poursuit, deviennent de plus en plus nombreux jusqu'à ce que tous les grains aient pris la teinte d'un noir pur, caractéristique des graisses phosphorées en présence de l'acide osmique.

Or, il ne faut pas oublier que ces graisses phosphorées sont les *graisses parfaites*, au point de vue organique s'entend. Ce sont celles-là qui constitueront la réserve pour l'entretien de toutes les formations histologiques à lécithine : myéline des fibres nerveuses, plasma diffus du corps de Malpighi, plasma imbibitif des cellules nerveuses, des segments externes des bâtonnets rétiniens, etc., etc. Je ne voudrais pas insister par trop sur cette question des graisses phosphorées, qui s'insère un peu latéralement sur celle que je traite ici. Je veux cependant déduire de nos modestes connaissances sur ce sujet, au moins un corollaire utile à connaître au point de vue médical; car il vise un état que la plupart d'entre vous a bien souvent l'occasion d'envisager : l'*obésité*.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

SÉANCE DU 28 JANVIER 1903

Présidence de MM. Sevestre et du Castel.

Le procès-verbal de la dernière séance, lu et mis aux voix, est adopté.

Présentations.

I. — *Note sur un nouvel emploi thérapeutique de l'hyposulfite de sodium,*

par M. Claret (présentée par M. Vogt).

Certaines affections, peu graves en elles-mêmes, n'en sont pas moins fort gênantes souvent pour ceux qui en sont affligés. Il en est ainsi de la carie dentaire au quatrième degré, dans laquelle l'inflammation de la cavité pulpaire amène fréquemment la sécrétion de pus d'une saveur et d'une odeur putrides.

On emploie généralement dans ce cas des produits aromatiques, tels que l'acide phénique et la créosote. Ces médicaments ne produisent souvent que peu d'effet ; soit que, filtrant à travers le pansement dentaire, ils soient rapidement dissous par la salive, soit que, doués d'un faible pouvoir antiseptique vis-à-vis de certaines espèces microbiennes, ils ne puissent, en détruisant l'agent de l'infection, en supprimer les effets.

Leur manipulation est, en outre, délicate, tous deux étant des caustiques énergiques.

Les résultats encourageants obtenus par l'emploi de l'hyposulfite de sodium dans les cas de bronchite fétide et de gangrène des

extrémités bronchiques, m'ont conduit à penser qu'il serait rationnel de recourir à ce médicament pour traiter cette autre affection fétide.

Dans deux cas de carie dentaire au quatrième degré, en pansant quotidiennement la cavité dentaire avec un petit tampon d'ouate imbibé de solution saturée d'hyposulfite et recouvert d'un autre tampon tassé avec le stylet, j'ai obtenu, en quelques jours, la disparition de l'odeur et de la saveur putrides qui incommodaient grandement les malades.

L'un d'entre eux était traité depuis longtemps par des pansements à l'acide phénique, sans amélioration appréciable.

Je serais heureux, si les spécialistes de l'art dentaire voulaient employer cette médication, d'avoir modestement contribué à faire entrer dans la thérapeutique de cette affection, parfois rebelle, un agent d'un emploi facile, ni caustique, ni toxique, et d'une valeur marchande absolument infime.

II. — *Trois observations d'hémorragies viscérales graves arrêtées par l'injection de sérum gélatinée,*

par M. Collet,
Professeur agrégé à la Faculté de Lyon
(note présentée par M. Bardet).

Les propriétés coagulatrices et, par conséquent, hémostatiques, de la gélatine et des sérums gélatinés, sont connues de tous les médecins ; mais tous n'ont pas eu l'occasion de les appliquer et de se convaincre de leur supériorité.

On reproche aux injections gélatinées d'être dangereuses, ce que je n'ai pas vérifié dans les quelques cas d'anévrismes où je les ai employées ; on leur reproche encore d'être douloureuses, ce qui n'est pas sans fondement.

Ces deux arguments ne pouvaient guère entrer en ligne de compte dans les trois observations qui suivent, étant donné l'insuccès des autres médications et l'état très grave, pressant

même, des malades. Je les rapporte toutes trois, d'ailleurs, très résumées, à titre purement documentaire.

Observation I (résumée).

D... Joseph, 45 ans, tourneur, entre le 14 septembre 1900, salle Sainte-Élisabeth, pour des vomissements de sang.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires.

Dans ses antécédents personnels, ni rhumatisme, ni syphilis, ni impaludisme, mais *alcoolisme* net : il avoue 1 ou 2 absinthes, 3 litres de vin et quelques petits verres chaque jour. Il y a un mois, il est tombé dans une tranchée d'une hauteur de un mètre environ et se plaint, depuis, d'une douleur au niveau du mamelon.

Il y a cinq jours, il eut un premier crachement de sang, franchement rouge; il y a deux jours, il aurait vomi la valeur de deux ou trois verres de sang rouge. Hier encore, nouveau crachement aussi abondant.

A l'entrée on trouve dans le crachoir un peu de sang noirâtre. Le malade ne se plaint d'aucun trouble digestif, sauf de quelques vomissements pituiteux le matin. La palpation de l'estomac ne réveille aucune douleur. Rien d'anormal aux poumons, au cœur ou à la rate; pas d'ascite. Le foie paraît un peu diminué de volume. En somme, l'examen viscéral est à peu près négatif. Pas de pâleur de la face.

Le surlendemain, à la visite, on trouve le malade avec un crachoir plein de sang; il dit en avoir jeté une quantité égale. Les hématémèses se répètent chaque jour très abondantes et le malade arrive rapidement à une pâleur extrême. Toute médication (ergot, glace, lavements chauds) reste sans résultat. Injection sous-cutanée de sérum gélatiné à 1 p. 100. Il se produit encore une hématémèse un quart d'heure après l'injection : mais elle est peu abondante et ne se reproduit plus. Pendant les jours qui ont suivi, le malade a repris rapidement ses couleurs et a quitté l'hôpital guéri au bout de peu de temps.

Dans cette observation on ne pouvait décider avec certitude si on avait affaire à une cirrhose au début, à une gastrite alcoolique

ulcéreuse, ou même à l'*exulceratio simplex* de Dieulafoy, qui s'accompagne, comme on sait, d'hémorragies parfois mortelles. Ici l'hémorragie paraissait devoir entraîner la mort à brève échéance. On a proposé, dans les cas d'hémorragie gastrique grave, de faire simplement ingérer une solution gélatinée (Pauliakov). L'injection sous-cutanée m'a paru plus logique, car elle modifie directement la coagulabilité du sang au niveau de la lésion vasculaire et agit plus intimement sur elle. De plus, cette lésion, vraisemblablement gastrique, pouvait à la rigueur être œsophagienne, auquel cas son contact avec la solution gélatinée n'eût pas été assez prolongé. Dans l'expectative, la mort du malade paraissait certaine. L'action hémostatique de la solution gélatinée a dû être immédiate, car il est bien probable que le sang rejeté un quart d'heure après était déjà dans l'estomac lors de l'injection, d'autant plus que l'hématémèse ne s'est pas prolongée ni reproduite.

OBSERVATION II (résumée)

Ross... Louis, 18 ans, teinturier, entre le 30 novembre 1900 à l'hôpital de la Croix-Rousse, salle Saint-Irénée. Il y a fait déjà deux séjours où l'observation relate des lésions tuberculeuses avancées. Actuellement, matité jusqu'à mi-hauteur de l'omoplate, souffle caverneux, retentissement de la voix. Après la toux, râles nombreux, cavernuleux.

20 décembre. — Un peu de sang dans les crachats.

8 janvier. — Depuis plusieurs jours le malade a des hémoptysies *abondantes*. Ni l'ipéca, ni l'ergotine, ni les lavements chauds n'ont pu les arrêter. Une injection de 50 cc. de solution gélatinée à 2 p. 100 les arrête.

12 janvier. — Les hémoptysies ne se sont pas reproduites. L'auscultation fait entendre du souffle caverneux aux deux sommets.

19 janvier. — Diarrhée. La température oscille entre 38° et 39°.

Il ressort nettement du court résumé de cette observation que

le malade n'était pas un tuberculeux au début, mais qu'il était arrivé à la période ultime de la phtisie (anorexie, diarrhée, fièvre hectique, caverne). Les hémoptysies de cette période sont plus graves que celles du début qui cèdent souvent spontanément en l'absence de toute médication et celles-ci étaient abondantes et tenaces.

OBSERVATION III (résumée)

R..., Gaspard, 27 ans, maroquinier, entre le 22 octobre 1902 dans le service de M. le professeur Lépine que j'avais l'honneur de suppléer.

Bronchites à répétition depuis 1893.

L'affection actuelle a paru débuter, il y a deux mois, par une bronchite traitée par la suralimentation sur les conseils d'un médecin qui a ausculté le malade à ce moment. Il y a un mois aggravation, avec une température de 39°2. Le malade est obligé de s'aliter jusqu'à son entrée à l'hôpital.

Depuis trois semaines hémoptysies tous les jours; des prises d'ipéca ne produisent aucune amélioration.

Lors de l'entrée à l'hôpital, percussion douloureuse au sommet droit et matité en ce point. Nombreux râles humides dans tout le poumon droit et surtout au sommet correspondant. Au sommet gauche respiration saccadée. Le malade tousse un peu et crache beaucoup. Expectoration épaisse et toujours striée de sang. Température : 38°5 le lendemain de l'entrée.

25 octobre. — (Hémoptysie abondante) Ergotine, ventouses, elle n'a pas été arrêtée par une injection de sérum gélatiné (250 grammes à 2 p. 100).

26 octobre. — Nouvelle injection de sérum gélatiné à 2 p. 100 (300 grammes). Pendant la nuit expectoration d'une casserole de sang (environ 200 grammes). Lavements chauds, moutarde, glace, bromure de potassium.

27 octobre. — Pas d'injection de sérum gélatiné. Pendant la nuit expectoration d'un peu plus d'une casserole de sang; les

moyens précités n'arrêtent l'hémorragie que pour une heure ou moins.

28 octobre. — A 5 heures du soir injection de 250 grammes de sérum gélatiné. Pendant la nuit le malade n'a que quelques crachats sanglants.

29 octobre. — A 4 heures de l'après-midi l'hémoptysie recommence; elle est arrêtée par une injection de sérum gélatiné (300 grammes). Pendant la nuit l'expectoration sanglante a été insignifiante.

30 octobre. — La tension sanguine au sphygmomanomètre de Potain, prise à la radiale, n'est que de 10 centimètres de mercure. L'examen du sang, après coloration au bleu Poirier, montre une augmentation considérable des hématoblastes isolés ou en gros amas : un hématoblaste pour 6 globules rouges (au lieu 1/25 ou 1/15, chiffre normal d'après Hayem).

1er novembre. — Le retour de l'hémoptysie nécessite une nouvelle injection à 2 p. 100. Les jours suivants, en l'absence de nouvelle injection, l'hémoptysie a recommencé et a nécessité plusieurs injections de 300 cc. de sérum gélatiné à 4 p. 100 qui l'ont arrêtée définitivement.

9 décembre. — Le malade succombe aux progrès de ses lésions tuberculeuses sans avoir présenté de nouvelle hémoptysie depuis plus d'un mois. Opposition à l'autopsie.

Il s'agit donc d'un homme âgé de 27 ans, atteint de ramollissement tuberculeux très étendu du sommet droit et entré à l'hôpital pour des hémoptysies qui se répétaient depuis trois semaines et résistaient au traitement par l'ipéca, l'ergotine, les ventouses, la glace, la révulsion, les lavements chauds. Ces divers moyens arrêtaient l'hémoptysie seulement pour une heure ou deux : *il importait donc de modifier non l'état des vaisseaux, mais la coagulabilité du sang.*

Malgré les premières injections de sérum gélatiné (250 grammes à 2 p. 100), l'hémoptysie se reproduisait le lendemain du jour où avait été pratiquée l'injection, la nuit surtout, et remplissait de un à trois crachoirs ; la pression à la radiale tombait à 10 centi-

mètres de mercure. Les hémoptysies n'ont été définitivement arrêtées que par l'emploi d'une solution gélatinée à 4 p. 100 : pendant le mois qui a suivi, elles ne se sont pas renouvelées et le malade vient de succomber hier à la cachexie tuberculeuse.

Je n'ai pas à discuter ici le mode d'action physiologique des injections de sérum gélatiné ni les objections qui ont été faites aux injections sous-cutanées, auxquelles on a opposé que la gélatine n'était pas dialysable ; je me borne à enregistrer trois faits cliniques.

Evidemment les injections de sérum gélatiné sont douloureuses : elles sont dangereuses si la stérilisation de la solution n'est pas parfaite, mais ici devant l'échec des autres hémostatiques, elles étaient tout à fait indiquées. Elles n'ont provoqué qu'une douleur modérée et sans aucune complication inflammatoire, ni infectieuse. La troisième observation montre de plus la nécessité d'arriver à des doses élevées (300 grammes par jour ou tous les deux jours) et à des solutions plus concentrées (4 p. 100) en cas d'insuccès des premières injections avant de conclure que la méthode a échoué.

Elle montre en outre que l'augmentation de la coagulabilité du sang provoquée par la gélatine n'a qu'une durée relativement limitée, et qu'il ne faut pas craindre de renouveler l'injection quand l'hémorragie se reproduit.

Communications.

I. — *Action du bleu de méthylène sur les ulcérations des tuberculeux*,

par MM. Louis Rénon et E. Géraudel.

Nous avons, chez cinq tuberculeux, traité des ulcérations de la langue et du voile du palais, par des applications locales et quotidiennes de poudre de bleu de méthylène. Il s'agissait de malades, porteurs de cavernes, arrivés au dernier degré de la tuberculose pulmonaire chronique.

L'effet de la médication a été très remarquable. Dans tous les cas, nous avons observé une sédation très marquée des douleurs qui rendaient l'alimentation presque impossible, et une modification très nette de l'état local. Les ulcérations se détergeaient rapidement; elles diminuaient de profondeur et d'étendue, et se cicatrisaient par le fond et par les bords; les points jaunâtres disparaissaient. Dans trois cas, la cicatrisation a été complète, et s'est maintenue jusqu'à la mort des malades.

Nous étudions en ce moment l'action du bleu de méthylène, donné par la voie gastrique, sur l'entérite ulcéreuse des phtisiques, et les résultats complets de ces recherches seront publiés ultérieurement; nous avons toujours jusqu'à présent observé la diminution et même parfois la cessation complète de la diarrhée.

II. — *De l'incorporation de certains médicaments dans la cire pour qu'ils ne soient mis en liberté que dans l'intestin,*

par M. MAUREL (*correspondant*).

Dans la séance du 26 novembre dernier, M. Bardet a présenté à la Société la thèse de M. G. Philippe (de Lyon), sur la *médication kératinisée;* et il a fait ressortir l'importance qui s'attache à un procédé nous permettant de faire traverser l'estomac à un médicament en restant intact, et qui n'est ainsi mis en liberté que dans l'intestin.

Il faut espérer que les perfectionnements apportés à la kératinisation par M. Philippe donneront désormais toute satisfaction à cet égard.

Cependant, puisque l'attention est appelée sur ce point de thérapeutique pratique, je pense qu'il ne sera peut-être pas sans utilité de signaler un procédé dont je me sers depuis longtemps dans le même but, et qui jusqu'à présent m'a rendu quelques services.

Ce procédé consiste à incorporer à chaud, dans de la cire, les

médicaments que l'on désire ne faire agir que sur l'intestin, sans qu'ils puissent exercer leur action sur l'estomac, et sans qu'ils puissent également être modifiés par les liquides digestifs de cette cavité. L'idée première de ce procédé, je me hâte de le dire, ne m'appartient pas. Elle m'a été donnée, il y a plus de vingt ans par un collègue de la marine, Mondière, bien connu du monde anthropologiste, et qui lui-même me dit l'avoir puisée, autant qu'il m'en souvient, dans un formulaire américain.

Mais quoi qu'il en soit à cet égard, Mondière m'indiqua ce procédé pour éviter les renvois si désagréables qui suivent l'ingestion du copahu.

La formule dont je me sers depuis cette époque est la suivante :

Cire jaune..............................	10 gr.
Oléo-résine de copahu....................	20 »
Poudre de poivre cubèbe.................	q. s.

Pour faire à chaud un opiat de bonne consistance.

A prendre selon les indications.

Cet opiat est pris en bols préparés par le pharmacien, ou par le malade lui-même.

Grâce à cette manière de donner le copahu, les renvois sont sûrement évités.

Or, dès la constatation de ces heureux résultats, je cherchai à me les expliquer, et j'en vins à penser que la cire ne devait être modifiée que dans l'intestin et que l'oléo-résine de copahu restait ainsi protégée par elle pendant tout son séjour dans l'estomac.

La cire, en effet, on le sait, se rapproche des corps gras, par de nombreux caractères ; et il est possible qu'elle ait, entre autres caractères communs avec ces corps, celui de n'être modifiée ni par la salive, ni par le suc gastrique, et, au contraire, de l'être par les divers liquides digestifs intestinaux.

Or, cette manière de comprendre le mode d'action de la cire à l'égard du copahu me conduisit tout naturellement, quelques années après, à l'utiliser dans le même but pour d'autres médicaments.

Ceux pour lesquels j'ai le plus souvent employé ce procédé, sont la poudre d'ipéca, celle de polygala et celle de séné dans les cas de paresse intestinale. Je prescris souvent dans ce cas la poudre d'ipéca à la dose de 0 gr. 10 à 0 gr. 20 par jour, en plusieurs fois, celle de polygala à une dose double; et on conçoit tout l'intérêt qu'il y a pour ces agents à éviter leur action sur l'estomac.

Je l'ai employé également pour la pancréatine, mais il faut alors, pour ne pas altérer cette dernière, faire l'incorporation à une température à peine suffisante pour ramollir la cire, et l'opération devient un peu plus difficile.

Tel est le procédé que j'emploie pour faire arriver dans l'intestin certains médicaments que je veux mettre à l'abri de l'action de l'estomac, soit pour éviter leur modification dans cet organe, soit pour éviter leur action sur lui.

Comme on le voit, il est des plus simples et applicable à d'assez nombreux médicaments. Je ne crois pas qu'il puisse remplacer une kératinisation bien faite; mais il m'a semblé, néanmoins, utile de le signaler au corps médical pour qu'il puisse l'employer lorsque des procédés plus perfectionnés lui feront défaut.

III. — *Sur l'innocuité absolue de l'acide phosphorique*,

par M. F. Cautru.

On a reproché à l'acide phosphorique d'être toxique et de produire à la longue de la stéatose du foie.

Cette accusation portée sans preuves ne tient pas debout, quand on songe que cet acide n'a aucune des propriétés chimiques de son générateur le phosphore, avec lequel on a semblé vouloir le confondre, qu'il est toujours saturé dans le tube digestif et absorbé sous forme de phosphates acides qui n'ont jamais eu la propriété de stéatoser le foie, et que même, lorsqu'il passe en nature dans la circulation, il ne peut altérer aucun organe étant saturé d'oxygène; cependant et malgré le grand nombre d'exem-

ples que j'ai rapportés, ici, de malades de tous âges, prenant pendant des années, non seulement sans danger, mais avec grand profit, les doses quotidiennes énormes de 4 à 15 grammes et plus d'acide phosphorique officinal, malgré l'exemple publié dans le *Bulletin général de Thérapeutique*, de M. Joulie, vieillard de 70 ans, qui en prend depuis plus de trois ans, une dose moyenne de 10 grammes, et a vu, grâce à ce moyen, sa santé ébranlée par une foule de manifestations arthritiques, se rétablir complètement; malgré tout, il reste dans l'esprit de quelques médecins un doute que je voudrais dissiper. C'est pour cela que j'ai essayé l'effet de ce médicament sur des animaux, à des doses énormes, proportionnellement à celle que l'on peut donner à l'homme.

Déjà, il y a deux ans, avec M. Bardet et M. Brun, membres de cette Société, je fis l'autopsie d'un canard, tué en fort bon état de santé et qui prenait depuis un mois et demi, 1 gramme environ d'acide phosphorique par jour. Nous ne trouvâmes rien d'anormal; le foie nous sembla plutôt petit que stéatosé, mais l'expérience ne fut pas concluante, un canard, témoin, ayant disparu la veille de l'autopsie de son camarade.

Depuis quatre ans, un éleveur de chevaux, de mes amis, donne à ses jeunes poulains, chaque jour, de 25 à 50 grammes d'acide phosphorique officinal. Jamais il n'a remarqué aucun phénomène d'intoxication et il se déclare enchanté des résultats obtenus.

Je viens vous présenter aujourd'hui deux cobayes qui prennent de l'acide phosphorique, depuis le 11 novembre 1902.

Cet acide, dilué dans de l'eau et mélangé dans leur nourriture, leur est d'abord donné à la dose de 0 gr. 50 par jour d'acide phosphorique officinal. La nourriture se compose de 250 grammes, par jour, d'un mélange de carottes, d'avoine, de son et de pain.

Le 22 novembre, les animaux supportant très bien l'acide, je leur en donne 1 gramme par jour, ce qui est une dose formidable pour un animal pesant 350 grammes. Cela correspondrait chez un homme adulte, d'un poids de 70 kilogrammes, à 200 grammes d'acide phosphorique officinal par jour.

Cette dose est continuée jusqu'au 27 décembre, sans aucun inconvénient; les animaux ont seulement un peu maigri. Je diminue la dose à 0 gr. 50, jusqu'au 5 janvier 1903, puis, du 5 jusqu'à aujourd'hui, 28 janvier, à II gouttes seulement par jour: les deux cobayes ont retrouvé, l'un a même dépassé le poids primitif.

Un troisième cobaye, mis en expérience en même temps, est mort le 3 janvier, mais sa mort a été accidentelle. Son autopsie n'a rien révélé d'anormal; les reins étaient sains. J'ai recueilli le foie que je vous présente conservée dans l'alcool et qui n'est nullement stéatosé. Vous pourrez même vous rendre compte sur des coupes que voici, faites au laboratoire de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, que le foie est normal. Des deux cobayes témoins que j'avais choisis, un est mort également.

La mortalité, très grande dans les laboratoires, a donc été plus grande parmi les animaux témoins (50 p. 100) que parmi les animaux prenant de l'acide phosphorique (33 p. 100).

L'urine des animaux en expérience est devenue d'alcaline, neutre, puis légèrement acide. Elle est neutre aujourd'hui.

On pourrait me reprocher d'expérimenter sur des herbivores qui n'ont de semblable parmi nous que les végétariens. Or voici un chien de 8 kilogrammes et demi, nourri de viande et de pain, qui depuis le 4 janvier a pris progressivement de X à XXX gouttes, c'est-à-dire de 1 à 3 grammes d'acide phosphorique officinal et qui n'en parait nullement incommodé; son état général est au contraire meilleur qu'il n'était, il pèse aujourd'hui 9 kg. 400. Ses urines alcalines au début de l'expérience sont devenues acides.

Je vais d'ailleurs continuer mes expériences, et je me propose d'examiner la résistance des animaux prenant de l'acide phosphorique aux maladies microbiennes chroniques, telle que la tuberculose, qui, à mon avis, n'évoluent que sur les terrains hypoacides déphosphatés.

J'obtiens en effet d'excellents résultats dans le traitement de la tuberculose par l'emploi prolongé de l'acide phosphorique, et je

n'ai jamais remarqué même après deux ou trois ans de traitement continu la moindre lésion stéatosante du foie.

Mais je ne veux pas donner aujourd'hui à nouveau ni compléter ce que je ferai bientôt, le mode d'emploi, les indications et contre-indications de l'acide phosphorique, désirant laisser à cette communication son caractère d'expérience de laboratoire. Je recommanderai seulement de ne pas donner ce médicament à tort et à travers, comme on le fait trop souvent, ni surtout à fortes doses au début. Il faut tâter la susceptibilité nerveuse et la tolérance gastro-intestinale et le donner suffisamment dilué, car il est très caustique.

Sans cette prudence, on s'exposerait à activer l'évolution d'une gastro-entérite, d'une hépatite, d'une néphrite, surtout chez les goutteux, non pas en stéatosant l'organe malade, comme on l'a dit à tort, mais par le mécanisme suivant :

La plupart des dyspeptiques, des goutteux, des malades dits arthritiques, ont en circulation des acides de fermentation d'origine gastro-intestinale en telle abondance quelquefois, que ces acides masquent l'hypoacidité sanguine dont les malades sont réellement atteints et dont ils ont les symptômes (fatigue, neurasthénie, phénomènes de déphosphatation, etc.). Si alors on ordonne d'emblée de l'acide phosphorique, surtout à hautes doses comme cela se fait trop souvent, l'acidité sanguine augmente encore et comme les malades ont, en général, une densité sanguine exagérée, les urates, les acides uriques oxaliques deviennent insolubles. Il se fait dans les organes prédisposés, foie, reins, cerveau peut-être, etc., des précipités salins qui amènent la congestion momentanée de l'organe.

Ces accidents sont évités si on prend la précaution de détruire les acides de fermentation par une médication appropriée et d'en empêcher la formation à nouveau par un régime bien compris.

Comme conclusion, je dirai donc que si l'acide phosphorique a ses contre-indications, s'il n'est pas supporté par tout le monde, s'il est caustique, il peut, en revanche, être employé, dans la

grande majorité des cas de déminéralisation avec hypoacidité, à des doses énormes et à tous les âges, car :

1° Il n'est pas toxique ;

2° Il n'est pas stéatosant.

Discussion.

Fixation de la ration alimentaire.

M. Bardet. — Avant la clôture de la discussion générale et avant l'étude spéciale des principaux régimes qui doit être faite au courant de l'année, je désire dire quelques mots, pour répondre aux critiques de détail qui ont été faites par quelques orateurs à ma communication du mois de novembre dernier, communication qui a eu la chance de provoquer une intéressante discussion.

Avant tout, j'ai le devoir de remercier, au nom de la Société, notre collègue M. Barbier de la très remarquable contribution apportée par lui à l'étude du régime. Je n'hésite pas à dire que ce travail est l'un des plus importants qui aient été donnés à la Société depuis fort longtemps. En effet, profitant du service d'enfants en bas âge qu'il a dans les hôpitaux, M. Barbier a pu relever géométriquement le tracé de la nutrition, chose presque impossible à faire chez un adulte ; ses documents éclairent donc la question d'un jour lumineux, et certes, mon modeste travail n'aurait-il eu pour effet que d'amener la production des faits qui nous ont été apportés par M. Barbier, que j'aurais lieu d'être pleinement satisfait. Grâce à lui, nous pouvons opposer à toute contradiction des faits positifs, des faits qui crèvent les yeux de l'homme à l'esprit le plus prévenu ; la conclusion est exactement celle que je fournissais pour l'adulte : pour faire prendre du poids à un sujet dont la nutrition est troublée par des états dyspeptiques, loin d'augmenter la ration, il faut la diminuer. Ce point important, capital, est désormais établi, et je ne crois pas que l'on puisse désormais nier ce qui me parait, comme à vous tous, certainement l'évidence.

D'ailleurs, un travail également très remarquable, dû celui-là à

notre collègue M. Maurel de Toulouse, présenté hier à l'Académie, vient encore corroborer et appuyer les faits de M. Barbier, et M. Maurel trouvera certainement tout à l'heure l'occasion de nous donner lui-même son avis. Du reste, les choses sont généralement dans l'air, quelques éclaireurs commencent par poser timidement des faits, puis d'autres arrivent qui creusent la question, et celle-ci finit un jour par s'imposer au moment où l'on y pense le moins : c'est ce qui arrive pour la ration alimentaire, le sujet est mûr et c'est une porte ouverte que l'on se trouve avoir enfoncée, quand hier on hésitait presque à parler. Parmi les éclaireurs auxquels je faisais allusion tout à l'heure, il serait injuste d'oublier M. Pascaut, car j'ai lu avec un profond intérêt ses exposés vraiment remarquables. Les raisonnements et les faits qu'il fournit sont absolument convaincants et, sur le plus grand nombre de nous, il a l'immense avantage d'une très longue expérience. Aussi je n'hésite pas à avouer que je serais, comme M. Huchard, tenté de me convertir au végétarisme, non pas pour moi, car c'est fait depuis longtemps, par raison thérapeutique, mais au point de vue général. J'ai la ferme conviction que l'usage exclusif des aliments d'origine végétale et des œufs ferait cesser presque complètement la véritable épidémie de dyspepsie qui sévit sur le siècle, avec toute la séquelle si grave d'appendicites et colites multiples dont elle est la cause certaine, pour beaucoup de médecins, sans compter les troubles lointains sur la nutrition, par retentissement.

Et à ce propos, je ne crois pas inutile de dire quelques mots des objections que M. Barbier, et je crois aussi notre collègue Linossier, ont faites à mon interprétation des troubles profonds de la nutrition chez les dyspeptiques, troubles que j'attribue à une alcalinisation des humeurs. M. Barbier m'a rappelé que je me trouve en contradiction avec les auteurs en disant que la diète carnée et l'albuminisme provoquent l'alcalinisation humorale, qu'au contraire le résultat de l'alimentation azotée *exagérée* est l'acidité *exagérée* des urines. Ceci est parfaitement exact, mais le tout est de s'entendre. Oui, tout être en bonne santé qui

absorbe et utilise l'albumine ingérée voit monter le taux de son acidité urinaire, mais ce fait exact ne peut infirmer les faits également exacts que j'ai observés.

Méfions-nous des idées toutes faites imposées par la tradition, car elles nous entrainent souvent au péché de paresse, et nous font alors laisser de côté des faits intéressants qui éclaireraient superbement certaines questions fort obscures. Or, on a beaucoup critiqué les idées apportées par Joulie, parce qu'elles étaient en opposition avec la tradition; eh bien, si je suis loin de suivre cet auteur dans les déductions thérapeutiques qu'il a tirées de ses observations, je suis forcé de reconnaître qu'il a vu juste en nous montrant que, dans nombre d'affections jusqu'ici considérées comme dépendant d'une exagération des qualités acides des humeurs, on observait au contraire un état d'hypoacidité constant et parfois même une véritable alcalinisation. Et d'ailleurs, cela n'est-il pas logique, quand on y réfléchit? Quelle est la première condition pour voir se produire les phénomènes d'oxydation des matériaux organiques? L'alcalinité. — Qu'est-ce qui caractérise les dyspepsies par hypersthénie? L'élévation parfois énorme du coefficient azoturique. — De là à conclure théoriquement que ces sujets doivent présenter une alcalinité humorale exagérée, il n'y a qu'un pas. Or, je vous ai apporté maintes fois des faits qui prouvent que chez les dyspeptiques, surtout au moment des crises paroxystiques, il se produit une alcalinisation exagérée des urines, et cela est si net, que, dans un travail présenté l'an dernier à la *Société de Médecine pratique*, j'ai pu présenter ce moyen comme un procédé de prévoir les crises, aussi bien que la décharge phosphorique qui l'accompagne.

Ces faits, comme je l'ai constaté, sont constants; j'ai donc été amené à les interpréter, et je n'ai pas trouvé d'autre interprétation que celle que je vous ai fournie, à savoir : l'alcalinisation humorale par les produits basiques, inconnus jusqu'ici, qui sont introduits dans l'alimentation, par la digestion imparfaite des albumines carnées (peut-être aussi par les albumines du lait). La preuve directe, je ne puis vous la fournir : aussi ma théorie, je

vous la donne comme toute théorie, c'est une explication *actuelle*, en attendant mieux. Mais la preuve indirecte, la voici ; je faisais ces temps derniers les analyses d'un malade, que j'avais prié M. Albert Robin de surveiller. Ce malade était en pleine crise dyspeptique ; il mangeait des œufs, sinon de la viande, en y joignant les aliments hydrocarbonés. Ses urines étaient régulièrement et nettement hypoacides ou neutres, et parfois alcalines. L'état s'aggravant, le malade essaye de s'alimenter avec des peptones : l'analyse me montre une alcalinisation notable et constante.

Le sujet continue à décliner, il se met au lait, l'état gastrique ne s'améliore pas et les urines sont encore neutres ou rarement acides et si faiblement qu'on peut dire neutres. A ce moment M. Albert Robin parvient à vaincre la résistance du malade, qui arrivait à la *phagophobie* et le décide à faire de la diète lacto-végétarienne, avec des potages au lait et aux féculents, des pâtes au beurre frais, des pommes de terre, du riz, le tout sans apprêt et en quantité arithmétiquement calculée pour faire une ration suffisante. Je passe sur les effets généraux pour ne retenir que ce détail : cette alimentation végétale était tout indiquée pour faire à cet homme des urines d'herbivore, alcalines par conséquent. Eh bien, pas du tout la digestion s'amendant : et le sujet reprenant visiblement un état plus favorable, notez ce fait, je vis à l'analyse que les urines devenaient normales, c'est-à-dire de réaction nettement acide.

Ainsi, ce malade, tant qu'il fut en état d'indigestion de matériaux carnés ou azotés d'origine animale, voyait ses urines alcalines, et au contraire une alimentation calculée, végétale, mais *bien assimilée*, amenait le rétablissement normal de la fonction. J'ai donc le droit de supposer qu'il y a un lien entre l'état dyspeptique et l'alcalinisation humorale, puisqu'il suffit de régulariser la digestion pour voir les humeurs redevenir normales quant à leur réaction.

Je regrette que le temps ne me permette pas d'insister sur ces faits que je trouve passionnants, mais il faut que je termine,

et, pour finir, je répondrai quelques mots très courts à M. Dignat qui s'est fait auprès de vous l'avocat des doctrines passées.

M. Dignat a protesté au nom de la physiologie naturelle, il a parlé du *besoin* de manger comme d'un guide sûr dans le rationnement, surtout chez les enfants. M. Barbier lui a répondu à ce dernier point de vue avec une telle éloquence que je passe, et j'arrive de suite à ce besoin de manger de l'adulte signalé par notre collègue comme l'indication d'une nécessité.

On irait loin si l'on acceptait pour guide le *besoin*. Qu'est-ce qu'un besoin ? Est-ce un besoin, le sentiment qui pousse cette dame à entrer dès 3 heures chez le pâtissier, pour goûter, quand elle est sortie de table à 1 heure ? Est-ce un besoin, l'instinct qui pousse un enfant qui sort de table à avaler des confiseries en quantité considérable ? Est-ce un besoin réel de *réparation*, la sensation de faim canine qui pousse à 5 heures un dyspeptique à se bourrer de n'importe quoi pour saturer ses acides de fermentation ou d'hyperchlorhydrie ? Non, tout cela c'est du désir, c'est de la sensation pathologique, suivant le cas, mais ce n'est pas un *besoin cellulaire de réparation*. Or, le voilà le véritable critérium qui doit guider le physiologiste dans l'institution du régime.

Depuis ma dernière communication, j'ai beaucoup réfléchi, j'ai beaucoup causé avec des gens de diverses éducations sur cette question qui commence à passionner le grand public et je me suis demandé si, par hasard, nous ne nous laisserions pas entraîner à protester par réaction contre une situation nouvelle. Maurel a montré que la manie de tonification à outrance et de suralimentation azotée était venue par réaction contre les habitudes de Broussais et de son école, qui saignaient et mettaient les gens à la diète. Je me suis donc interrogé avec inquiétude et je me suis dit : « Ne ferions-nous pas du Broussais, à nouveau ? moins la saignée ? » Mais non, car les anciennes doctrines s'étayaient seulement sur des théories, chose fatale, chose déplorable en médecine pratique. Nous, c'est sur des faits et sur des expériences irréfragables que nous nous appuyons ; nous apportons des obser-

vations et nous prouvons qu'on peut, non seulement faire vivre, mais faire travailler fortement des sujets nourris d'après le principe de la stricte réparation. Nous vous prouvons qu'avec ces rations, réduites dans des proportions considérables, nous laissons à des hommes toute leur activité physique et intellectuelle. En conséquence, nous sommes sûrs de ne pas vous tromper.

Je crois donc représenter l'avis de la grosse majorité des médecins et l'avis de presque tous les membres de cette Société en disant que ce qu'il faut retenir de cette longue discussion, c'est qu'aujourd'hui le médecin a le devoir de ne plus s'attacher seulement à prescrire un régime *qualitatif*, mais qu'il doit se mettre à même de connaître, de manière claire et précise, *la quantité réelle d'aliments nécessaire à l'entretien de la vie, et de prescrire avec autorité la quantité de nourriture qu'un malade doit absorber.*

Et à mon avis, basé sur mes calculs, corrigés par les argumentations diverses des auteurs que j'ai étudiés, je crois qu'on doit dire que *la ration normale d'un adulte doit être établie sur 30 à 40 calories par kilogramme de poids et 0 gr. 75 à 1 gramme d'albumine.*

Si le sujet a de bonnes fonctions digestives, le maximum sera toléré, mais si la dyspepsie se manifeste, il faudra descendre et atteindre le minimum.

M. Maurel. — Cité par M. Bardet, je crois de mon devoir de fournir ici quelques indications sur mes travaux, relatifs à divers points de l'intéressante question, qui a été discutée au cours des deux derniers mois.

a. *Relativement au nourrisson*, en partant de la ration de l'adulte, je suis arrivé, par le calcul, à fixer la ration d'un kilogramme de nourrisson à 75 calories. Cherchant ensuite quelle est la quantité de lait qu'il faut pour fournir 75 calories, j'ai trouvé 100 grammes. Cette conclusion s'imposait donc, que si mes calculs étaient exacts, l'enfant devait pouvoir se suffire avec 100 grammes de lait par kilogramme de son poids.

Or, depuis dix ans, la pratique a confirmé ces idées théoriques; de plus, j'ai eu la grande satisfaction de voir M. Budin, dont la

compétence pour tout ce qui touche le nourrisson est bien connue, arriver aux mêmes résultats.

Je conclus donc :

1° Au point de vue pratique, que la *ration moyenne et approximative* du nourrisson est de 100 grammes de lait par kilogramme de son poids;

2° Au point de vue théorique, que, chez le nourrisson, les phénomènes biologiques s'accomplissent avec une grande exactitude puisque tous les nourrissons se contentent de la même ration.

b. *Relativement à l'alimentation de l'adulte en général*, ces deux faits se dégagent de la discussion, faits sur lesquels M. Bardet a plusieurs fois insisté avec raison, est que d'une manière générale nous mangeons trop et ensuite que nous mangeons trop de viande.

Je suis heureux de voir que ces idées sont maintenant généralement acceptées. Ce sont, en effet, celles que j'ai défendues depuis longtemps, ainsi qu'en témoignent les publications dont quelques-unes datent depuis plus de vingt ans.

Je suis loin toutefois de m'atribuer le mérite de ce changement complet de l'opinion. Je pense que ce dernier est le résultat de la pratique de chacun de ceux qui sont venus affirmer leur conviction sur ce sujet. Cette conviction est le résultat de leur propre expérience; et c'est ce qui permet de considérer cette opinion comme correspondant réellement à la vérité.

Peut-être, après les abus des émissions sanguines, a-t-il été opportun d'user largement des viandes saignantes, du fer et du quinquina. Mais il certain que le but a été dépassé. Nous sommes allés de l'anémie à la pléthore, sans savoir nous arrêter à un juste milieu.

Mes conclusions sont donc celles de M. Bardet, à savoir : que, pour les classes aisées, il y a aujourd'hui avantage à diminuer l'alimentation et surtout l'alimentation carnée.

c. *Relativement à la quantité d'azotés nécessaires à l'organisme*, mes recherches antérieures m'ont conduit à admettre pour l'adulte et pour les saisons intermédiaires de nos climats 1 gr. 50 d'azotés

par kilogramme. Cette quantité, je l'ai dit, il y a déjà longtemps, est supérieure aux besoins de l'organisme, et le véritable besoin est autour d'un gramme par kilogramme pour l'homme sain. Toutefois, craignant de me tromper, j'avais porté jadis cette quantité à 1 gr. 50.

Il y a quelques mois, j'ai repris cette question ; et dans une expérience de trente-neuf jours, divisée en trois périodes, j'ai trouvé de nouveau que les dépenses de l'organisme en azotés correspondent environ à 1 gramme par kilogramme.

Toutefois, pour être sûr de satisfaire ces besoins, je pense que l'on peut conserver toujours 1 gr. 25 à 1 gr. 50; et je ne crois pas qu'il puisse y avoir un inconvénient à donner ces quantités. Mais je fais remarquer qu'il s'agit, dans ce cas, d'un adulte ayant toute son activité et toute sa santé. Il se pourrait donc que ces quantités puissent être encore diminuées, comme dans les cas cités par Bardet et Pascaud.

d. *Relativement à la possibilité de fixer la ration et de l'uniformiser*, je pense que chez l'homme normal, à la condition de bien préciser les conditions de son existence et de ramener ses dépenses au kilogramme de poids normal, il est possible d'évaluer ses dépenses d'une manière suffisamment exacte, et par conséquent d'établir la quantité d'éléments qui leur correspond. Je crois, de plus, qu'il existe une grande uniformité entre les divers sujets, à la condition qu'ils soient normaux.

C'est là un point très important qui doit rester établi après cette discussion. Car admettre que les dépenses varient d'une manière irrégulière pour chaque sujet, serait enlever à ces discussions la plus grande partie de leur portée, et ne laisser que de l'obscurité, là où ces débats ont réellement jeté quelque lumière.

M. H. Barbier. — A l'appui de l'intéressante communication de M. Maurel, je puis dire que cette question de la *quantité* d'aliment nécessaire au nourrisson, ne cesse de me préoccuper depuis que la question a été posée ici. En procédant d'une façon différente, en étudiant chez des enfants nourris au sein la quantité de lait nécessaire pour que leur croissance soit normale et

que leurs fonctions digestives restent bonnes, c'est-à-dire que leurs selles soient de bel aspect, etc., je suis arrivé à un chiffre variant, par kilogramme de poids du corps, de 75 à 85 calories; ce dernier chiffre que j'ai déjà indiqué pouvant être considéré comme un chiffre *fort*, *limite*. Or, un litre de lait de femme équivaut à 626 calories environ : le chiffre de M. Maurel, 100 grammes de lait de femme par kilogramme d'enfant, est donc un peu faible, car il faut 120 *gramme*, de lait de femme pour produire 75 calories.

Mais il n'y a pas seulement la *quantité* de calories, il y a la *qualité*, c'est-à-dire la proportion des substances — sucres, graisse, caséine — qui les constituent. Or, que l'on prenne un enfant de 4 kilogrammes ayant besoin de 480 grammes de lait maternel, et qu'on envisage le cas, où on le nourrit au biberon, avec du lait de vache. D'abord, le litre de lait de vache vaut 750 calories, 100 grammes valent 75 calories; et pour donner la même quantité de calories, par un calcul fort simple, les 480 *grammes* de lait de femme ne sont remplacés que par environ 400 *grammes* de lait de vache. Mais, si nous étudions maintenant la *qualité* de ces deux rations, en ne tenant compte que de la caséine, nous voyons que nous donnons avec le lait de femme environ 10 *grammes de caséine*, tandis que, avec le lait de vache, pour la même quantité de calories, nous en donnons environ 15 *grammes*, le tiers en plus. Ces chiffres nous montrent, dès maintenant, les dangers de l'alimentation artificielle chez le nourrisson et la nécessité pour nous, médecins, d'être des apôtres de l'alimentation au sein.

Si cette alimentation est impossible, on doit ne donner, en caséine, de lait de vache (en *admettant* sa valeur alimentaire et digestive égale à celle du lait de femme) que la valeur de la caséine de celui-ci; à cet égard 10 grammes de caséine sont contenus à peu près dans 280 grammes de lait de vache. Mais il y a alors un déficit en calories et en eau qu'il faudrait couvrir par l'adjonction d'eau sucrée convenablement calculée. On peut juger encore une fois par ces chiffres combien la suralimentation est facile, j'allais dire fatale, quand on alimente les nourrissons avec du lait de vache,

et, en réalité, la moyenne de 2 gr. 5 d'albumine par kilogramme que j'avais donnée, est également, je crois, une dose *limite*.

D'ailleurs la suralimentation peut exister chez les nourrissons au sein, surtout quand il s'agit de nourrices, dont le lait est plus âgé toujours que le nourrisson qu'on leur confie. Je viens d'observer ce fait chez une enfant, qui prenait des tétées trop copieuses, et augmentait de 45 grammes par jour. Au bout de deux semaines, le sommeil devint moins bon, les selles verdâtres avec des grumeaux de lait non digéré, avec une tendance à la constipation, en même temps apparut un érythème fessier érosif. Il m'a suffi de ramener les tétées et la dose totale de lait aux proportions qui sont indiquées plus haut, pour que tout rentre dans l'ordre. Je n'ai pas revu cet enfant depuis plus de trois semaines, c'est la preuve que les accidents ne se sont pas reproduits.

BIBLIOGRAPHIE

La Infezione malarica, manuele per Medici e studenti, par les Professeurs E. Marchiafava et A. Bignami, de l'Université de Rome. (Dr Francesco Vallardi, Milan, éditeur.) Prix : 20 fr.

La découverte de l'agent causal de la fièvre intermittente ou malaria, et de son transport par les moustiques n'a pas modifié beaucoup le traitement curatif de cette maladie, mais elle a permis d'asseoir sur des bases nouvelles son traitement préventif et sa prophylaxie.

Le livre de MM. E. Marchiafava et A. Bignami, bien au courant des derniers progrès de la science et orné de magnifiques planches qui montrent toutes les formes du parasite malarique, ainsi que les lésions qu'il produit, est le Traité récent le plus complet et le plus instructif qui ait été fait sur ce sujet. Il mérite d'être lu par tous les médecins qui ont l'occasion de soigner des fièvres intermittentes et aussi par toutes les personnes qui doivent se fixer dans les pays où règne cette maladie.

L'Idroterapia, trattato scientifico pratico, par le Dr G.-S. Vinay, de l'Université de Turin. (Dr Francesco Vallardi, Milan, éditeur.) Prix : 6 fr.

L'hydrothérapie est entrée dans nos mœurs. Non seulement c'est un

excellent moyen d'hygiène, mais elle concourt activement à la cure d'un grand nombre de maladies, en particulier, des maladies du système nerveux, du sang, des affections goutteuses et rhumatismales, des maladies du tube digestif, etc.

M. G.-S. Vinay, qui occupe à Turin comme professeur d'hydrologie une situation très estimée, a réuni dans son ouvrage toutes les connaissances scientifiques et pratiques nécessaires à ceux qui veulent bien s'instruire en hydrothérapie. C'est un court volume, riche d'érudition et d'observations, où l'auteur a le très grand mérite de documenter, avec une concision précise, les indications thérapeutiques qu'il donne.

ALBERT ROBIN.

La Démence précoce, par le Dr G. DENY, médecin de la Salpêtrière, et P. ROY, interne des hôpitaux de Paris. — 1 vol. in-18 de 96 pages avec 11 photographies, cartonné (Actualités médicales) : 1 fr. 50. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.)

Parmi les psychoses que l'on observe communément, sinon exclusivement, chez les jeunes gens, il en est une qui, en raison de ses caractères spéciaux, de sa fréquence et de sa gravité, mérite de retenir particulièrement l'attention; nous voulons parler de la démence précoce.

Bien qu'elle ait été signalée il y a déjà plusieurs années, et que son existence ait été consacrée par un grand nombre de travaux, cette affection n'est pas encore admise, comme entité clinique, par tous les aliénistes, les uns la considérant comme une manifestation tardive de la dégénérescence mentale, les autres comme une simple complication des diverses vésanies qui peuvent s'observer au moment de l'adolescence, comme à toutes les autres périodes de la vie.

MM. Deny et Roy croient que, malgré le polymorphisme de ses symptômes, la démence précoce constitue une affection autonome, à évolution spéciale, qui doit être définitivement détachée du bloc des psychoses dites de « Dégénérescence » et qui mérite d'occuper une place au moins aussi importante que la paralysie générale dans le cadre des maladies mentales.

Quoi qu'il en soit, en dehors du point de vue doctrinal et des controverses suscitées par l'apparition d'une nouvelle forme morbide, il leur a paru qu'il y avait un véritable intérêt à vulgariser, dès aujourd'hui, cette notion de la démence précoce, qu'ils ont faite aussi claire et simple que possible, afin de la rendre accessible à tous.

Ils distinguent trois grandes variétés de démence précoce : 1° la forme hébéphrénique ou maniaque; 2° la forme catatonique ou stupide; 3° la forme paranoïde ou délirante. Puis ils étudient l'évolution de la maladie, son diagnostic et son pronostic, les causes dont elle paraît dépendre, les lésions auxquelles on l'a rattachée, enfin les applications médico-légales et thérapeutiques qu'elle suggère.

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Pharmacologie.

Contribution à l'étude du somnoforme. — M. Rolland, se basant sur des recherches physiologiques et cliniques très étudiées, a présenté au congrès d'Ajaccio le 10 septembre 1901 (*l'odontologie*, 15 mai 1902) comme anesthésique général le somnoforme, mélange ainsi composée :

Chlorure d'éthyle....................	60 p. 100
Chlorure de méthyle.................	35 p. 100
Bromure d'éthyle....................	5 p. 100

Avec le somnoforme il n'y a à craindre, d'après l'auteur, aucun des accidents du chloroforme ou de l'éther par exemple, accidents imputables soit à l'irritation du trijumeau ou du laryngé supérieur, soit à l'intoxication ou à l'asphyxie.

Le somnoforme n'est pas irritant; en outre, très volatil, il s'élimine rapidement; « le mélange gazeux pénètre dans l'organisme et en sort comme l'oxygène du sang, comme les gaz du sang. Il effleure le globule du sang. Sur la cellule nerveuse son action est aussi efficace que directe. »

Cette élimination facile des mélanges gazeux, le peu d'action profonde sur les éléments nerveux, permettent de faire plusieurs anesthésies successives dès que le patient se réveille.

Le malade n'est pas obligé d'être à jeun. Quant aux contre-indications, il n'en existerait pas. MM. Pinet et Jeay, ayant fait de nombreuses expériences avec le somnoforme, ne paraissent pas avoir reconnu sa supériorité sur le bromure d'éthyle. Peut-être l'anesthésie est-elle chez certains plus profonde avec le somnoforme qu'avec le bromure d'éthyle; en tout cas, avec ce dernier anesthésique, ces expérimentateurs dont l'expérience personnelle porte sur plus de 600 cas n'auraient jamais observé d'accidents consécutifs.

Médecine générale,

Action des injections sur les tissus, leur mode d'absorption. — Les injections faites sur les animaux, dit M. Artault de Veven (*Médecine moderne*, 1er janvier 1902), provoquent sur les tissus des lésions traumatiques : processus inflammatoire simple et aseptique dans le tissu cellulaire, myosite interstitielle dans les masses musculaires, avec zones de dégénérescence simple ou graisseuse localisées. Mais on n'observe tout cela que si l'injection a été poussée violemment ou a été très abondante et a provoqué des ruptures. Les injections aqueuses et huileuses provoquent dans les mêmes conditions les mêmes phénomènes traumatiques.

Mais tandis que les premières sont toujours absorbées en quelques heures, les secondes restent sur place des jours ou des semaines suivant leur volume.

Il faut insister sur l'action curieuse de vaso-paralysie provoquée sur les veines, par des injections d'huile gaïacolée, action qui favorise les embolies pulmonaires et même aussi sur la violence de la dyspnée qui les accompagne et qui est souvent disproportionnée avec la quantité de médicament pénétré.

L'absorption de l'huile, que de nombreuses autopsies de lapins ont bien mise en évidence, est très intéressante. L'huile, d'où le médicament a disparu en quelques heures, séjourne longtemps sur place, s'accumule et se faufile dans le tissu cellulaire de la fesse. De là, elle gagne par les lymphatiques le bassin, où on la voit en petits lacs ; puis se divisant en gouttes de plus en plus fines, on la suit dans les lymphatiques des psoas, des reins, jusqu'au canal thoracique où elle ne pénètre qu'en émulsion de gouttelettes microscopiques.

C'est du moins ainsi que se fait l'absorption chez les lapins, et comme il ne s'agit ici que d'un phénomène de physiologie générale, de nutrition simple, il est permis de supposer qu'il en est de même chez l'homme.

Maladies infectieuses.

Les oreillons du chien. — Les oreillons, c'est-à-dire la tuméfaction spéciale des glandes salivaires et en particulier des parotides, constituent chez le chien une entité morbide d'une très grande rareté. La littérature médicale, disent MM. Busquet et Boudeaud (*Presse médicale* du 28 septembre 1901), semble se réduire aux cas observés par Schüssele (1842) et Hertwig, dans lesquels l'origine de la maladie serait inconnue. Il convient d'ajouter deux autres cas plus récents, dans lesquels les oreillons seraient de provenance humaine, l'un rapporté par Whittaker en 1896, l'autre par M. Busquet à l'Académie de médecine en octobre 1897. Un témoignage qui semblerait plaider éloquemment en faveur du peu de fréquence des oreillons chez le chien a été fourni à cette occasion par trois des maîtres les plus éminents de la médecine vétérinaire : MM. Lebland, Nocard et Mégnin, qui déclarèrent alors n'avoir jamais observé cette affection.

Mieux favorisés par les circonstances, MM. Busquet et Boudeaud ont pu constater : 1° que le chien est susceptible de présenter les oreillons; 2° que cette maladie est transmissible du chien au chien; 3° qu'on rencontre chez l'animal malade un microcoque qui évolue dans la salive sous la forme d'un diplostreptocoque (analogue ou identique à celui trouvé dans les oreillons de l'homme, par Ferré et Busquet en 1895), et dans le sang sous la forme d'un diplocoque (analogue ou identique à celui décrit par MM. Laveran et Catrin dans les oreillons de l'homme, 1893).

Le Gérant : O. DOIN

Imp. F. Levé, 17, rue Cassette. — Paris-6e



BULLETIN

Le certificat de salubrité aux laitiers-nourrisseurs. — Création d'un bureau de renseignements médicaux. — Nouvelle loi sur l'alcoolisme chronique en Angleterre. — Le serment des pharmaciens. — Un appareil dont le fonctionnement coûte cher. — Maladies à déclaration obligatoire ou facultative.

Le Conseil municipal de Paris a adopté une délibération aux termes de laquelle l'administration délivrera un certificat de salubrité — valable pendant quatre mois et demi et renouvelable, s'il y a lieu — à tout laitier-nourrisseur qui en fera la demande et dont les étables auront été reconnues en bon état de propreté et les vaches saines. Il pourra être fait mention dudit certificat sur les prospectus et les vases à lait appartenant à la personne qui l'aura obtenu.

°°°

Le Conseil municipal de Paris a décidé en principe la création d'un bureau de renseignements médicaux qui sera installé soit à la Faculté de médecine, soit à la Sorbonne, soit à l'Hôtel de Ville.

Dans ce bureau, les médecins de l'étranger ou même de la province, entreprenant un voyage d'études à Paris trouveront un ou des employés *polyglottes* munis de fiches tenues régulièrement à jour, et pouvant donner tous les renseignements désirables sur l'enseignement, officiel ou libre, les services hospitaliers, les cliniques, les jours et heures de leçons ou d'opérations des chirur-

giens et spécialistes, le fonctionnement des services de l'assistance publique, la répartition, heure par heure, de l'enseignement et du travail dans chaque hôpital, école, institut, laboratoire, etc... On y trouvera également tous les renseignements concernant les services municipaux et autres intéressant la médecine ou l'hygiène : laboratoire municipal, morgue, eaux, égouts, incinération, etc... Enfin, les médecins étrangers trouveront, classés par nationalités, les noms, adresses et heures de leurs compatriotes médecins fixés à Paris et acceptant de leur servir de guides à l'occasion.

Le but de cette intéressante création est de rendre plus profitable et plus aisée la connaissance des multiples services administratifs ou didactiques existant à Paris et appelant la visite des médecins étrangers en tournées d'études. La propagation de l'influence française ne peut que gagner à la multiplication de ces visites.



Jusqu'à maintenant l'ivrognerie n'était en Angleterre un délit, nous apprend le *Temps*, que si l'ivrogne causait du scandale. On ne pouvait le condamner s'il se contentait de tituber, même de zigzaguer. Le cabaretier qui lui avait versé la dernière rasade n'était pour ainsi dire pas inquiété.

Depuis le 1er janvier, et en vertu d'une nouvelle loi qui n'a pas fait grand bruit lorsqu'elle fut adoptée, il y a quelques mois, l'ivrogne peut et doit être arrêté. Homme ou femme, s'il a charge d'un enfant de moins de sept ans, il risque, pour le fait de simple ivresse, un mois de prison.

A la troisième condamnation, il passe sur la liste des « ivrognes chroniques », et sa photographie est fournie à tous les cabaretiers de son quartier. Dès lors, il est passible d'une amende, puis de la prison, s'il tente de se procurer de l'alcool n'importe où. Les cabaretiers de son quartier sont passibles d'une amende s'ils lui en vendent : 250 francs la première fois, 500 la seconde, puis de la prison jusqu'à six mois.



Il paraît qu'il existe un serment des pharmaciens, et Me Cruppi a développé, au Palais, cette thèse que ceux-là seuls qui l'ont prêté sont en droit de bénéficier des prérogatives légalement accordées à la profession. Tout ceci à l'occasion d'un procès intenté par le syndicat professionnel des pharmaciens de la Seine à un M. X, pour exercice illégal de la pharmacie. La loi est formelle dit Me Cruppi : « On n'est pharmacien que si l'on a prêté le serment. » Les membres du syndicat n'ont pas prêté serment ; ils ne sont donc pas pharmaciens et par conséquent sans qualité pour poursuivre. Les juges de la 10e chambre n'ont pas admis, paraît-il, cette fin de non-recevoir.



M. Duclaux, dans un article publié par les *Annales de l'Institut Pasteur*, ayant couvert de l'autorité qui s'attache à son nom, les expériences faites en Amérique sur la valeur alimentaire de l'alcool, le *Bulletin médical* émettait le regret que préalablement il n'eut pas été exercé une action de contrôle, absolument nécessaire, surtout quand la conclusion tirée est en complet désaccord avec les faits observés jusqu'à ce jour.

La parole ayant été donné à M. Duclaux, le directeur de l'Institut Pasteur déclare accepter très volontiers de refaire les expériences, mais à la condition qu'on mettra à sa disposition l'appareil dont se sont servis les savants américains plus.... un petit million pour le faire fonctionner !



Dans une de ses dernières séances, l'Académie de médecine a complété la liste des maladies à déclaration obligatoire et dressé la liste de certaines autres maladies dont la déclaration serait facultative.

Parmi les premières figurent : la fièvre typhoïde; le typhus

exanthématique; la variole et la varioloïde; la scarlatine; la rougeole; la diphtérie; la suette miliaire; le choléra et les maladies cholériformes; la peste; la fièvre jaune; la dysenterie; les infections puerpérales et l'ophtalmie des nouveau-nés, lorsque le secret au sujet de la grossesse n'aura pas été réclamé; la méningite cérébro-spinale épidémique.

Parmi les secondes sont rangées : la tuberculose pulmonaire; la coqueluche; la grippe; la pneumonie et la broncho-pneumonie; l'érysipèle; les oreillons; la lèpre; les teignes; les conjonctivites purulentes et l'ophtalmie granuleuse.

Il y a lieu de s'étonner d'une semblable distinction, d'autant que ni la loi du 30 novembre 1892, ni celle du 15 février 1902, ne prévoyant de liste de maladies à déclaration facultative, il ne paraît guère possible que le ministre de l'Intérieur introduise dans son arrêté une disposition de cette nature, non prescrite par le législateur.

HYDROLOGIE

Sur quelques phénomènes intimes de la nutrition et des sécrétions (1).

Conférence faite au Congrès d'Hydrologie, le 30 septembre 1902,
par le professeur J. RENAUT.

(Fin.)

Il y a bien des années, déjà, que j'ai insisté sur les conséquences du passage des cellules conjonctives intervasculaires à l'état de vésicules adipeuses. Il résulte en effet de là, que dans ses limites du petit territoire capillaire qui a subi la métamorphose et est devenu un peloton adipeux, il ne se fait plus d'échanges nutritifs généraux. Car il n'y a plus là d'espaces conjonctifs intercapillaires, ni d'élaboration d'une lymphe disponible pour tels ou tels actes de nutrition auxquels satisfaisait le petit territoire vasculaire considéré, avant d'avoir subi la métamorphose adipeuse. Celle-ci opérée, il se trouve uniquement dévolu à l'entretien des vésicules adipeuses. Il ne dessert plus qu'elles seules. Or, la graisse des vésicules adipeuses est tout simplement une graisse neutre et non pas une graisse phosphorée. Le peloton adipeux n'est, à vrai dire, qu'un magasin ou un réservoir de graisse transformable, mais qui ne peut être utilisée

(1) Voir les numéros 5 et 6 des 8 et 15 février 1903.

directement par les éléments cellulaires pour l'entretien ou la reconstitution de leurs graisses phosphorées, nucléines, lécithines, etc. Aussi, partout où il s'est développé des pelotons adipeux — fût-ce même un seul — il se fait vers lui une poussée de végétation des capillaires lymphatiques. Ceux-ci le pénètrent en un ou plusieurs points et y développent leurs ampoules terminales. Pourquoi? C'est ce que bien souvent je me suis demandé. Car les capillaires lymphatiques, ainsi que je l'ai définitivement montré en 1901 (Congrès de l'Association des Anatomistes : Session de Lyon), ne renferment d'abord rien qu'un liquide clair, formé d'eau et de cristalloïdes dissous. Mais, d'autre part, Ranvier a démontré que tout le long d'eux, leur endothélium, agissant à la façon de cellules glandulaires, jette dans la lymphe une graisse cette fois-ci phosphorée, se colorant en noir d'encre de Chine par l'acide osmique, et dont forcément les éléments constitutifs ont été empruntés soit au liquide déjà absorbé par l'ampoule terminale, soit à celui qui, tout du long, continue à dialyser dans le capillaire à chaque pas de sa traversée des tissus.

Les capillaires lymphatiques sont donc en réalité des glandes tubuleuses ramifiées, dont l'une des fonctions est de refaire, à l'aide des matériaux empruntés aux tissus et plus spécialement au tissu adipeux, les graisses phosphorées qui, seules, peuvent devenir des constituants de la cellule vivante. De là une nouvelle et toute particulière vision de la nocivité de l'obésité proprement dite. Car, d'une part, on comprend qu'elle soustrait à la nutrition générale active tous les capillaires sanguins du tissu conjonctif lâche envahi par elle. D'autre part, on voit qu'elle substitue à ce mouvement nutritif à la fois intense et libre un emmagasinement de graisses neutres inutilisables immédiatement, parce que

les lymphatiques deviennent en ce cas, malgré leur multiplication active, incapables de suffire à la transformation en graisses phosphorées des matériaux repris aux vésicules adipeuses. En revanche, on touche maintenant du doigt le rôle utile du simple « embonpoint », lequel constitue une réserve de graisses lentement, peu à peu transformables en graisses phosphorées dans les périodes d'intense activité ou inversement d'alimentation nulle de l'organisme, comme il arrive par exemple, chez les animaux hibernants.

Ce que je viens de dire du fer et du phosphore, il faudrait aussi pouvoir le dire du soufre, de l'arsenic, du magnésium, du manganèse qui, à côté du fer, semble jouer un grand rôle dans les actes nutritifs (Alb. Robin). Il faudrait fixer leur place au sein du protoplasma actif, travailleur, qui certainement, en dehors des diverses figurations catégorisées par le professeur Prenant sous le titre de *protoplasma supérieur*, donnent à la molécule vivante des tissus en fonction une série d'attitudes originales. Mais de telles figurations matérielles n'ont pas été saisies encore, et les fonctions morphologiques des corps que je viens de citer demeurent à déterminer même approximativement. Ils exercent sur les éléments des tissus des modifications biochimiques certaines, mais en dehors de là parfaitement insaisissables jusqu'ici. Quand on saura quelles solutions de ces corps abordent électivement les éléments cellulaires, la thérapeutique des maladies de la nutrition et du même coup le mode précis d'action des eaux minérales diverses sera éclairé d'une vive lumière. C'est donc en ce sens, Messieurs, qu'il convient de travailler. Mais c'est là une entreprise difficile et de longue portée. Les notions très élémentaires que je viens de vous donner peuvent à peine en constituer l'introduction; ou plutôt elles ne peuvent être considérées que comme le

très modeste point de départ du travail à faire. Je serai plus que récompensé de ma peine si ce que je viens de dire contribue à orienter les recherches de quelques-uns d'entre vous sur cette difficile question, dont la solution importe cependant à votre science hydrologique plus que celle de tout autre problème concernant les choses de la vie.



Les échanges nutritifs dans les substances fondamentales non cellulaires. — Je veux terminer cette conférence non par une étude approfondie de cette question, ce qui me mènerait beaucoup trop loin et serait d'ailleurs difficile, mais par l'exposé de quelques faits particuliers exactement connus. On sait encore très mal aujourd'hui quelle est l'origine des substances fondamentales, telles que celle du cartilage, du tissu osseux, et que celle constituant les faisceaux conjonctifs et les fibres élastiques du tissu connectif lâche ou modelé. On conçoit, par l'évidence même, que ce sont là des éléments anatomiques entretenus par d'autres, lesquels précisément sont les éléments cellulaires. Car ce sont seulement les cellules qui sont des individus vivant d'une vie propre, au sein de l'organisme entier qui n'est autre chose que l'immense association de ces cellules mêmes pour une vie particulière à chacune d'elles et pour celle de l'ensemble. A partir de là, nous ne savions jusqu'ici rien ou presque rien.

En ce qui concerne toutefois la vie de la substance fondamentale des os, la question de l'entretien de celle-ci par les cellules osseuses, commence à se préciser par quelques recherches qui précisément ont été faites et menées à leur terme provisoire par moi-même. Aussi n'en parlerai-je que

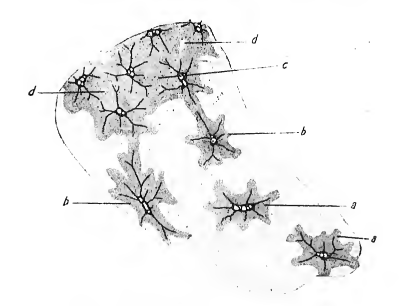


FIG. 2. — Cellules osseuses du préopercule de l'Ablette, fixation par l'acide osmique.

a, *a*, Cellules osseuses envoyant dans les prolongements canaliculés de leur capsule (canalicules propres de l'os) des expansions de leur protoplasma chargé d'un plasma imbibitif graisseux qui donne avec l'acide osmique la réaction des graisses phosphorées. Chaque corpuscule est entouré d'une pénombre. Celle-ci répond aux limites de la *portée de la cellule*, quant à la distribution du plasma graisseux et diffusible dans la substance fondamentale de l'os. Hors de cette portée, marquée par l'aire de la pénombre, la substance fondamentale ne reçoit pas de plasma imbibitif chargé de graisse phosphorée.

b, Cellule osseuse dont la pénombre rejoint sur un point celle d'autres cellules osseuses groupées à petite distance les unes des autres de façon que leurs pénombres d'imbibition se rejoignent toutes, sauf en des points *d*, *d*, où la substance fondamentale ne reçoit point de plasma imbibitif sur un espace restreint réservé en clair; *c*, cellule osseuse dont l'aire d'imbibition se confond totalement avec celle des cellules voisines.

J. RENAUT. Congrès de l'Association des Anatomistes (Montpellier, 1902).

très sommairement et sans vous dissimuler un instant combien je les considère comme incomplètes. En tout cas, j'ai pu faire voir que toute cellule fixe du tissu osseux, parvenue à l'état de corpuscule étoilé des os encapsulé et arrivé à l'état adulte au sein de la substance fondamentale, distribue à cette dernière des matériaux nutritifs formés par elle-même, mûris dans son sein et distribués ensuite à son pourtour dans une sphère d'action limitée, qui précisément représente la *portée physiologique* de cette cellule.

Dans les lamelles superficielles et le plus récemment formées d'un os qui s'accroît par son périoste, la cellule osseuse, devenue plus ou moins rameuse et ayant différencié autour d'elle une capsule qui l'enclôt, elle et ses prolongements, ne diffère pas tout d'abord sensiblement d'une cellule au tissu conjonctif modelé. Et tout autour d'elle, les fibrilles dont se compose la substance fondamentale de l'os néoformé restent souples, pauvrement infiltrées de phosphates calcaires. Mais dans les lamelles plus profondes et parsemées de cellules osseuses adultes, tout change. La cellule osseuse voit brusquement son protoplasma et ses prolongements se charger d'un plasma particulier, qui, en présence de l'acide osmique, donne la réaction noir d'encre de Chine, caractéristique des graisses phosphorées. Cette graisse diffuse, par un mécanisme que j'ai d'ailleurs étudié, tout autour de l'élément cellulaire et imprègne la substance fondamentale osseuse jusqu'à une certaine distance, marquée par une sorte de pénombre entourant la cellule et ses prolongements (fig. 2). Cette pénombre marque et détermine la portée physiologique de la cellule, c'est-à-dire la distance où cette dernière peut distribuer à son pourtour la graisse phosphorée issue de l'activité de son cytoplasme. Une telle détermination de la portée de l'action cellulaire, outre qu'elle constitue un

fait parfaitement nouveau en cytologie, fait d'autre part avancer d'un pas nos connaissances sur la nutrition de la substance propre des os. Car là où les cellules osseuses élaborent la graisse phosphorée et la distribuent régulièrement à la substance fondamentale, là aussi, — et seulement là, — cette dernière substance subit complètement et régulièrement l'imprégnation phosphocalcaire que chacun connait. Et nous voyons qu'ici encore c'est sous forme de graisse phosphorée, que la substance utile est distribuée par la cellule prise à la substance fondamentale de l'os. Que cette cellule vienne à ne plus élaborer que de la graisse neutre, et à l'emmagasiner dans son protoplasma comme on le voit arriver dans la carie (Cornil et Ranvier), la substance fondamentale ne pourra plus vivre et c'est effectivement là ce qu'on observe en clinique.

Il parait donc démontré que le phosphore, intussusecpté par les cellules osseuses probablement sous forme de phospho-glycérate comme l'a fait voir Albert Robin, puis ramené par ségrégation élective à l'état de graisse phosphorée plus ou moins complexe, mais qu'en tout cas on peut saisir histochimiquement, est redistribué aux fibres osseuses et concourt puissamment à l'imprégnation phosphatique de ces dernières. Alors que la cellule osseuse n'était pas encore mûre, elle émettait tout autour d'elle, en le diffusant dans les limites de sa portée physiologique, un autre plasma non moins saisissable, car il est colorable par la safranine. Ce plasma, élaboré par la cellule osseuse jeune, parait, de son côté, l'agent de la première transformation des fibrilles initialement de constitution purement collagène. Son apparition coïncide en effet avec ce que j'ai appelé leur *osséinisation*, c'est-à-dire à la phase de substitution de l'osséine à la gélatine dans ces mêmes fibrilles.

Mais nous sommes beaucoup moins avancés en ce qui concerne la nutrition des faisceaux connectifs, c'est-à-dire quant à l'origine et à l'entretien de leur substance propre, caractérisée par la gélatine pure et simple pendant l'entière durée de leur existence. Car la gélatine, de même que tous les collagènes entièrement formés et définis en leur constitution chimique propre, reste absolument étrangère à la composition des cellules du tissu conjonctif. Jamais le protoplasma de celles-ci n'en renferme trace.

Pour prendre une idée (et encore très approximative et même tout à fait incomplète) du mouvement d'échange dont les faisceaux conjonctifs sont le théâtre, on ne peut procéder jusqu'ici que par simples analogies. Dans cette voie, l'étude approfondie des affinités histochimiques des fibrilles conjonctives peut toutefois servir de point de départ. Comme l'a indiqué P. Zachariadès, ces fibrilles se teignent avec élection et prennent une coloration magnifique, même sur le tissu conjonctif vivant, par le bleu de méthyle acide (des manufactures de Saint-Denis). Cette matière colorante est soluble dans l'eau en toute proportion. Quand elle arrive à portée des faisceaux conjonctifs, elle se concentre sur eux pour ainsi dire et les teint en bleu intense. Elle peut donc être comparée logiquement aux produits solubles du plasma des espaces conjonctifs que le faisceau conjonctif intussuscepte et fixe temporairement en lui avec élection. Elle se comporte, à l'égard de ce faisceau, comme le faisait le carmin d'indigo injecté dans le sang par rapport aux cellules épithéliales des tubes contournés du rein dans les vieilles expériences de R. Heidenhain. Et l'on pourrait conclure aussi, avec quelque vraisemblance, qu'elle entre, se fixe, sort de ce même faisceau dans des conditions assez comparables à celles réalisées

par des matériaux d'entretien de ce dernier, ou par les substances telles que l'acide urique ou les urates qui s'y incorporent électivement et si souvent le surchargent. Cela posé, voici ce qui se passe. Dans une lame de tissu conjonctif mince, telle que l'épiploon observé soit dans son propre plasma, soit dans le sérum artificiel à 7 p. 1000, la fixation du bleu est intense et rapide sur les faisceaux connectifs. Elle arrive rapidement à les rendre d'un bleu-noir. Si maintenant on introduit de l'eau de moins en moins chargée de chlorure de sodium, il arrive un moment où, brusquement, les faisceaux conjonctifs se déchargent en masse de leur bleu. Une trace d'acide oxalique rend la combinaison de la substance collagène du faisceau avec le bleu de méthyle un peu plus fixe; toutefois l'imprégnation de ceux-ci par le bleu ne résiste pas à un lavage quelque peu prolongé dans le sérum artificiel très affaibli, encore moins dans l'eau. Et l'eau même de la solution sucrée du liquide d'Apathy dissout sensiblement le bleu : Si bien qu'il est difficile de monter dans ce milieu, en préparation persistante, la magnifique préparation de faisceaux conjonctifs colorés en bleu venue si rapidement sous les yeux. Que nous importent, direz-vous, de pareils détails de technique ? Je répondrai qu'ils nous apprennent du moins ceci.

De même que les solutions de bleu de méthylène Bx sont absorbées avec élection par le protoplasma du corps des cellules nerveuses et de tous leurs prolongements, ainsi que l'a montré Ehrlich, de même aussi celles du bleu de méthyle acide le sont par les faisceaux conjonctifs (et les fibres élastiques). Elles le sont avec une égale facilité dans les deux cas; dans les deux cas elles entrent avec le plasma isotonique et conséquemment à la façon du liquide nourricier normal des éléments non cellulaires de la trame conjonctive. Dans les

deux cas enfin, elles en sont chassées par l'eau avec une facilité extrême, sauf quand un acide très faible rend un peu plus fixe leur combinaison temporaire avec les substances collagènes du tissu conjonctif. Ne peut-on pas supposer que, de la même façon, la fixation, l'emmagasinement de l'acide urique (acide faible aussi), dans les faisceaux conjonctifs du tissu conjonctif modelé, favorise également le retard des échanges au sein de ces formations non cellulaires? Si bien que, dans cette hypothèse, rendue tout au moins très vraisemblable en vertu des faits que nous venons de constater, le mouvement du plasma, véhicule des agents de la nutrition des éléments de la trame connective, serait dès lors moins actif et surtout moins facile à sa sortie — qui emporte les déchets de cette même nutrition. R. Heidenhain, en tout cas, n'a pas été plus difficile pour identifier le mouvement de l'urée dans les cellules des tubes contournés du rein avec celui du carmin d'indigo injecté par lui dans les veines, et comme l'urée collecté avec élection par l'épithélium strié de ces mêmes tubules.

Et cette hypothèse ne suggère t-elle pas d'emblée un traitement rationnel des encombrements du tissu conjonctif par l'acide urique, tel qu'on l'observe dans la goutte et dans de nombreuses formes du rhumatisme chronique? Si le mouvement nutritif des formations collagènes est bien effectivement calqué sur celui du bleu de méthyle acide, pour rompre la fixation relative des liquides de la nutrition dans les faisceaux conjonctifs, il faudrait, suivant la théorie, diluer le plasma des espaces conjonctifs par tel artifice qu'on imaginera, abaisser son titre salin dans une certaine mesure, faire ensuite une sorte de chasse, exerçant sur les éléments de la trame conjonctive un large lavage. On peut y parvenir par divers moyens ; et il est assez remarquable que tous ceux-

ci ont été jusqu'ici consacrés par l'observation clinique. J'en connais du moins un qui vous intéresse et qui intéresse aussi cette région. En tout cas, il semble bien satisfaire à toutes les indications théoriques. C'est celui que notre collègue et ami le Dr Benoît du Martouret a réglé dans la station qui porte son nom. Par une diaphorèse active, il amorce le courant de décharge. Par l'ingestion large d'une eau très pure, du type de celles de Contrexéville, il dilue le plasma sanguin et, par son intermédiaire, celui des espaces conjonctifs. Du même coup, il introduit dans l'organisme de puissants mobilisateurs de l'acide urique, les acides de la série aromatique qui en font une combinaison plus soluble, par conséquent mieux mobilisable par le plasma interstitiel dilué par les boissons. Il ne me déplaît pas de terminer cette conférence par un tel exemple de concordance entre des données théoriques, en apparence abstruses et de difficile application, avec ce que nous apprend l'expérience clinique. Si vous voulez maintenant creuser le sillon, étudier de près l'action des substances sur les éléments de l'organisme, de façon à préciser de plus en plus, et jusque dans le détail réellement histochimique ces dernières, la lumière se fera peu à peu, et de plus en plus intense sur une foule de problèmes thérapeutiques qui passent jusqu'à présent pour insolubles. Si je pouvais du moins vous avoir persuadés de la nécessité d'un pareil travail, et vous en avoir modestement ouvert la voie par les quelques faits que je viens de vous exposer, je croirais avoir effectivement rendu service à vous-mêmes et à la science.

VARIÉTÉS

La selle de bicyclette rationnelle,

par le Dr René Couetoux.

La question de la selle de bicyclette est devenue une très importante question d'hygiène publique. La preuve en est que, dans la littérature médicale, plus de cinquante publications ont paru, ayant toutes pour objectif de dénoncer les multiples et graves méfaits des selles actuellement en usage. Je me contente de signaler ces travaux sans les analyser; parce qu'aucun d'eux ne me semble, au point de vue scientifique, basé sur des notions suffisamment précises et complètes.

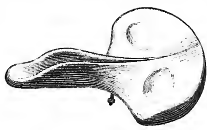
Il importe tout d'abord de remarquer que la dénomination de selle est ici très impropre, en ce sens que la selle de bicyclette ne doit avoir dans sa forme presque rien de commun avec la selle d'équitation. Cette dernière doit nécessairement s'adapter au dos de l'animal sur lequel elle sera fixée. En outre, lorsque le cheval prend une rapide allure ou qu'il cherche à démonter son cavalier, celui-ci reçoit sans cesse des secousses, qui tendent à le déplacer, tantôt dans le sens latéral, tantôt dans le sens vertical, et c'est par la pression des membres inférieurs tout entiers, particulièrement des genoux, qu'il peut maintenir son équilibre.

Le bicyclettiste au contraire à moins de soubresauts exceptionnels, causés généralement par des inégalités de terrain, reste facilement collé en quelque sorte sur la selle de sa machine. Il y est véritablement assis et l'on pourrait dire qu'il repose sur un siège plus exactement comparable à une chaise ordinaire qu'à une selle de cheval.

Quand nous voulons nous asseoir, nous cherchons de préfé-

rence une surface légèrement concave dans le but instinctif de faire peser le poids de notre corps sur les masses musculaires des régions fessières externes et pour éviter une pénible, sinon douloureuse compression des parties molles qui recouvrent nos ischions. Cette rationnelle concavité caractérise les chaises dont nous nous servons tous les jours et sur lesquelles nous nous trouvons mieux à notre aise que sur une surface plane, un banc par exemple. Personne ne songera dans la vie ordinaire à choisir, pour recevoir les deux convexités fessières, deux surfaces également convexes et non flexibles. Les parties molles qui recouvrent les tubérosités ischiatiques se trouveraient ainsi prises et plus ou moins meurtries entre ces saillies osseuses et les deux proéminences du siège.

Telle est cependant la disposition que présentent certaines selles de bicyclette.



Selle rationnelle

Les selles de ce genre sont en outre défectueuses; parce qu'elles ne procurent pas au bicyclettiste une situation fixe, principalement dans l'axe antéro-postérieur. S'il veut profiter des larges coussins qui sont fixés sur la selle, il est contraint de s'asseoir trop en arrière et alors les bords antérieurs de la selle, se faisant sentir contre les cuisses, l'empêchent de pédaler librement et le fatiguent. S'il se porte en avant pour conquérir l'entière liberté de ses mouvements, son point d'appui n'a plus aucune ampleur et n'est plus en rapport avec son centre de gravité. C'est une nouvelle cause de malaise et de fatigue.

Ces selles jusqu'à ce jour ont su cependant, faute de mieux, conquérir la faveur des bicyclettistes. Que dire alors des autres selles actuellement connues et en particulier de la selle commune, laquelle consiste en un cuir tendu d'une part sur une section de cercle située en arrière; d'autre part en avant sur une

proéminence métallique ? Ce cuir se déforme avec l'usage et l'humidité ; il s'affaisse des deux côtés. La selle ne saurait alors être mieux comparée qu'à une corde tendue sur laquelle, appuyé de tout le poids de son corps et sur toute la longueur de son périnée, le malheureux bicyclettiste ne cesse, durant toute la durée de sa course, de se démener et de subir un abominable frottement.

Parfois même le cuir a perdu sa tension et a fléchi dans sa partie médiane. Sur la pente ainsi formée, le corps glisse en avant et vient s'appuyer presque uniquement sur le bec métallique et saillant de la selle, avec lequel la région antérieure et si délicate du périnée se trouve ainsi en continuel et dangereux contact.

Nous ne devons pas, dans ces conditions, nous étonner de ce que beaucoup de personnes sont contraintes d'abandonner l'agréable, parfois très utile usage de la bicyclette. N'est-il pas fatal en effet que des accidents graves se produiront physiquement et moralement regrettables ? Il faut songer en effet que la violente contusion n'est pas seule à craindre et qu'un froissement prolongé peut amener une malsaine excitation de certains organes.

J'ai donc véritablement la conviction de faire œuvre scientifique et humanitaire, en recherchant d'après quelles données anatomiques et physiologiques pourrait être imaginée et construite une selle de bicyclette hygiénique et confortable.

Je vais, à cet effet, envisager successivement :

1° La partie postérieure de la selle ;

2° La ligne médiane antéro-postérieure ;

3° Le bec ;

4° Les bords latéraux antérieurs de la selle.

1° Partie postérieure

C'est sur la partie postérieure de la selle que doivent reposer les deux convexités fessières. Elle devra donc être concave

comme un siège ordinaire, d'après le précepte ci-dessus formulé, que cette concavité soit ménagée dans un corps dur ou bien se forme sous le poids du corps, grâce à une suffisante mollesse de coussins, plus dépressibles dans leur partie médiane que sur leur périphérie externe. Cette concavité, en logeant les deux fesses, rendra un second et important service ; elle fournira au bicyclettiste une excellente condition de stabilité.

2° Ligne médiane antéro-postérieure

Dans sa ligne médiane antéro-postérieure, laquelle est destinée à se trouver en contact avec la légère convexité du périnée, la forme de la selle sera modelée de manière à offrir une courbe légèrement concave. Cette ligne médiane pourra du reste, en partie ou en totalité, être occupée par une dépression ou un vide complet d'une largeur variable.

3° Bec

Si nous portons nos regards sur une coupe médiane antéro-postérieure du bassin chez l'homme ou chez la femme, nous remarquons tout de suite l'importance, pour le sujet qui nous occupe, de la classique division du périnée en périnée antérieur ou génito-urinaire et en périnée postérieur ou recto-anal. Tandis qu'au niveau du premier se trouvent, à fleur de peau, des organes d'une délicatesse et d'une fragilité extrême, le second au contraire ne présente comme organe important que l'orifice anal dont la contusion est relativement facile à éviter.

La selle ne devra donc pas atteindre le périnée antérieur et je crois pouvoir indiquer comme point précis, où le bec de cette selle trouvera sa place la plus convenable, la région antérieure du creux ischio-rectal, c'est-à-dire une région située immédiatement en avant de l'orifice anal. Telle est en effet la limite extrême du périnée postérieur et dès lors la limite de la sécurité.

Par surcroît de précautions, pour être plus certain d'éviter la contusion, le moindre froissement des organes génito-urinaires ou même de l'orifice anal, il sera bon de donner une certaine lar-

geur au bec de la selle et de ménager sur la partie médiane de ce bec une rainure concave qui préserve de toute compression la partie médiane du périnée et reporte le poids du corps aussi loin que possible sur les deux côtés de cette délicate région. Dès l'année 1892, j'avais signalé l'opportunité de cette disposition.

Grâce à ce genre de bec le périnée postérieur, sans subir aucun froissement, est dans toute sa longueur maintenu en contact avec un appui inflexible dont l'effet hygiénique sur cette région est comparable à celui des ceintures ventrières sur les parois abdominales. Cet appendice servira donc à neutraliser les secousses que l'effort de pédaler peut imprimer aux organes de la cavité pelvienne. On sait, en effet, que si l'exercice de la bicyclette est favorable à la santé de la femme, il exige pour elle des précautions spéciales et doit être autant que possible exempt de toute brusquerie, de toute violence.

Le bec sert en outre à augmenter la surface de l'assise. Il est d'une consistance très dure, mais à contours mousses, indéformable et, par conséquent, il ne peut occasionner par frottement sur la surface interne des cuisses l'irritation plus ou moins vive et douloureuse, voire même les excoriations dont certaines personnes se plaignent avec les selles recouvertes de cuir flexible.

En somme loin d'exercer une action nuisible et même très dangereuse comme dans la plupart des autres selles de bicyclette, on peut, au double point de vue du confortable et de l'hygiène, le considérer ici comme une portion de la selle très utile presque indispensable.

4° Bords latéraux antérieurs

Si nous examinons avec quelque attention l'homme qui fléchit et défléchit tour à tour les cuisses sur le bassin, il nous est facile de constater sur chaque membre inférieur, une ligne parfaitement nette de démarcation entre la cuisse et la fesse, autrement dit entre la région qui se déplace et la région qui demeure immobile. Cette ligne est représentée par le pli fessier. Il en résulte que les bords latéraux antérieurs de notre selle devront atteindre

mais non dépasser ce pli fessier, afin d'accorder à l'appui du corps toute la surface disponible et de ne gêner en rien les mouvements nécessaires des membres inférieurs.

Nous arrivons en résumé, en nous conformant aux rationnelles indications de l'anatomie et de la physiologie, à construire une selle de bicyclette concave dans sa partie postérieure, courte d'avant en arrière avec bec bifide, procurant au bicyclettiste une assise très normale sur les fesses sans empiéter le moindrement sur le périnée antérieur, lui laissant toute liberté de mouvements pour ses membres inférieurs et lui fournissant une situation aussi stable que possible. Il faut, en effet, considérer que le bec de la selle, logé dans le creux ischio-rectal, concourra avec les concavités postérieures et avec les bords latéraux antérieurs à fixer le bicyclettiste et à le maintenir, sans le moindre glissement à la place convenable, circonstance qui aura entre autres avantages celui d'empêcher le continuel frottement et dès lors la rapide usure du vêtement, pantalon ou robe.

La forme de selle de bicyclette ainsi déterminée par la topographie superficielle de la région à laquelle elle est destinée est véritablement une forme anatomique. On ne saurait rien y retrancher ni rien y ajouter sans diminuer l'assise normale du bicyclettiste ou sans lui faire courir le danger d'une meurtrissure. Il ne peut en ce sens exister qu'une seule forme de selle de bicyclette anatomique.

Cette remarque toutefois ne s'applique pas à la saillie postérieure de la selle dont le degré d'élévation ne présente rien d'absolu et que l'on peut presque à volonté prolonger plus ou moins en arrière. Incapable de subir le moindre recul grâce aux bords latéraux antérieurs de la selle, qui sont logés dans les plis fessiers, le bicyclettiste n'a pas besoin que cette saillie postérieure corresponde exactement à sa corpulence. C'est du reste en avant et jamais beaucoup en arrière que son corps a sur la machine tendance à s'incliner.

Ces considérations ont cessé d'être uniquement théoriques. J'ai modelé sur ce plan une selle de bicyclette en bois, que j'ai

montée et fait monter à d'autres. Je suis arrivé à me procurer sur ce bois, sans l'adjonction d'aucun coussin et même sans aucun ressort, un siège, dont la dureté était très tolérable. Je me trouvai mieux assis que sur toutes les autres selles de bicyclettes précédemment essayées.

Cependant, de chaque côté, sur un point très limité, au niveau de la région fessière, j'éprouvai une légère douleur. Bientôt je me rendis compte que cette sensation était causée par la compression des téguments entre la selle de consistance ligneuse et les tubérosités ischiatiques. Descendant alors de bicyclette, j'eus l'idée de creuser avec mon couteau, sur la concavité fessière droite de la selle, un trou ovalaire correspondant à la région légèrement endolorie et je remontai sur ma machine. A partir de ce moment, la pénible sensation, qui persistait à gauche, avait à droite complètement disparu. Je conclus de cette expérience que, de chaque côté, sur la selle dure, vers le milieu de la concavité fessière, il y a indication de ménager une dépression secondaire pour recevoir et loger la tubérosité ischiatique. La selle dure devient alors très douce à monter. « On se figure, me disait un de mes amis, n'être pas assis sur du bois, mais sur du coton. »

Fait très remarquable, ainsi fixé sur ma machine, sans flexible intermédiaire et n'éprouvant aucune vacillation, je faisais en quelque sorte corps avec elle. Je sentais qu'il ne se produisait aucune déperdition de la force dépensée pour pédaler, force absorbée en partie par les ressorts. Avec une moindre fatigue, je pouvais fournir une plus grande vitesse et soutenir une plus longue course. Il y a donc lieu, j'en suis convaincu, de supprimer en arrière les ressorts sur lesquels on a coutume de suspendre les selles de bicyclette, afin de fournir au bicyclettiste un point d'appui très ferme, nullement vacillant ni dépressible.

LECTURES MÉDICALES

Les nouveaux traitements, par J. Laumonier, 1 vol. in-16. Paris, 1903, Alcan, éditeur.

L'auteur de ce petit volume est loin d'être un inconnu pour les lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique* qui ont pu lire souvent, sous sa signature, des articles toujours originaux et fortement pensés. On doit déjà à M. Laumonier un certain nombre d'ouvrages intéressants, notamment un excellent traité de *Physiologie générale*, très clair et très complet, surtout très moderne par sa forme, une *Hygiène de l'alimentation* et une *Hygiène de la cuisine* qui ont tous deux une grande valeur pratique, le dernier surtout, car nous manquons d'ouvrages spéciaux sur la nature des réactions opérées par les manœuvres culinaires sur les aliments.

Esprit clair et méthodique, M. Laumonier expose avec soin, cherche toujours l'explication rationnelle et ne laisse jamais, quand il le peut, de *postulata* derrière lui. C'est dans cette direction qu'il a groupé les médicaments nouveaux, prenant pour guide les besoins de la pratique d'une part et les propriétés reconnues des nouvelles drogues d'autre part. A la seule lecture des titres de ses divers chapitres, on se rend compte de l'originalité de la conception. Par exemple, s'il étudie les *modificateurs nerveux*, M. Laumonier formule d'abord à grands traits la nouvelle théorie du *neurone* et c'est sur cette hypothèse qu'il s'appuie pour établir de manière raisonnée l'étude des agents nervins nouvellement introduits dans la thérapeutique, la *dionine*, l'*héroïne*, les *eucaïnes*, la *nirvanine* et l'*orthoforme*. S'attaque-t-il au redoutable problème des médications susceptibles d'exercer une heureuse action sur les troubles nutritifs profonds de l'organisme, il commence à faire un tableau très moderne des phénomènes nutritifs, nous montre le rôle intime des albumines et des matières phosphorées, et c'est seulement en s'appuyant sur ces données intelligibles, nettement posées, qu'il montre ensuite le rôle utile que peuvent jouer les *lécithines*, les *cacodylates*, l'*arrhénal*, l'*orexine*, les *sels de vanadium*, etc. Cette méthode est excellente, c'est celle que je me suis moi-même attaché à suivre dans mes leçons et j'ai trop apprécié ses avantages pour ne pas féliciter M. Laumonier de l'avoir prise pour guide et surtout de l'avoir utilisée avec autant de précision, d'intelligence et de succès.

Son livre, en effet, est clair, précis et d'une application constante pour le praticien, je suis convaincu qu'il rendra au lecteur des services considérables.

Albert Robin.

Précis de pathologie externe. Deux volumes formant 1.900 pages, avec 450 figures dans le texte en noir et en couleurs, par E. Forgue. Prix : 20 francs.

Le professeur E. Forgue vient de publier, dans la collection Testut, deux

petits volumes appelés au plus gros succès. Quand je dis deux petits volumes, je veux parler du format, car, à eux deux réunis, ils forment un ensemble de près de 2.000 pages et résument toute la pathologie externe.

Cet ouvrage porte le nom de *Précis de pathologie externe*, titre modeste, car on trouve réunis dans ces deux livres tous les sujets de chirurgie qui intéressent l'étudiant et ma foi fort au complet. Ce n'est certes pas une traité didactique; mais tel qu'il est, ce précis contient tout ce qu'on doit savoir et, chose rare, vous expose toutes les questions avec une clarté que viennent rehausser de très nombreuses figures.

Ces figures réclament l'attention, car, demi-schématiques, ou schématiques, elles sont presque toutes originales et ont demandé à être composées par l'auteur lui-même, et ce qui ne gâte rien, bien au contraire, elles sont très souvent en couleurs.

Inutile d'entrer dans des détails sur ces deux livres conçus dans le plan de toutes les pathologies externes, ce qu'il faut remarquer, c'est que M. Forgue, pour arriver à condenser ainsi des sujets aussi nombreux et aussi étendus, a dû être obligé de remettre plusieurs fois son ouvrage sur le métier. Il a fait là un gros travail que l'activité parisienne ne pourrait nous permettre.

Dans de telles conditions, le Précis du professeur de Montpellier sera bientôt dans les mains de tous les étudiants; du reste, en terminant, je ne pus faire un plus grand éloge de ces deux volumes qu'en disant que, dès l'apparition du premier volume, le second était déjà acheté.

ROCHARD.

Consultations médico-chirurgicales, par M. COMBEMALE, 1 vol. cartonné de 560 pages. Paris, 1903, Octave Doin, éditeur.

L'originalité de cet ouvrage est de réunir, sous la direction de l'honorable doyen de la faculté de Lille, un grand nombre de faits pratiques journaliers fournis par les divers professeurs du corps enseignant de cette Université, MM. Ausset, Caumartin, Charmeil, Dubar, Folet, Gaudier, Ingelrans, de Lapersonne, Le Fort, Oui, Potol, Surmont. Ce groupe comprend aussi bien des chirurgiens que des médecins, de sorte que le praticien est certain de trouver dans le volume un grand nombre de faits appartenant à toutes les spécialités de la médecine. C'est la première fois que ce groupement a été fait et il faut convenir que l'idée est heureuse, car de cette manière le lecteur peut, en quelques heures, de lecture rapide glaner une plus grande quantité de renseignements que dans un ouvrage trop nettement particularisé.

Prenons, par exemple, le chapitre *Pneumonie*, maladie banale entre toutes mais qui cependant présente dans la pratique des indications innombrables, on voit d'abord l'étude modernisée, quoique rapide, de la forme lobaire aiguë franche; symptômes, traitement sont étudiés, pour ainsi dire, au lit du malade, en prenant, comme exemple, une observation donnée. Une autre observation permet de voir l'accentuation des phénomènes dans une forme semblable, mais grave, puis vient une observation qui montre les particularités de la pneumonie des artérioscléreux, avec

ses indications spéciales, celle des cardio-pulmonaires, des intoxiqués par l'alcool ou la morphine, celle des débilités, des diabétiques ou des urémiques, et enfin la pneumonie dite infectieuse chez les influenzés. On voit combien les auteurs ont soigné le détail, et la forme a beau être rapide, on peut assurer que rien n'est oublié.

C'est là certainement un excellent livre, soit pour l'élève, qui y puisera des notions nettes qu'il sera fort heureux de retrouver le jour do son examen, soit pour le praticien, qui y trouvera une foulo de conseils bien groupés dont il aura, à chaque instant, l'application dans sa clientèle.

G. Bardet.

Précis de matière médicale, par Eug. Collin, 1 vol. in-8°, avec 473 figures dans le texte. Paris, 1903, Octave Doin, éditeur; prix, 12 francs.

M. Collin est le collaborateur apprécié du regretté Planchon, avec qui il a publié une quantité considérable de travaux au premier rang desquels se place le remarquable traité des *Drogues simples d'origine végétale* en deux volumes, qui venait à peine d'être publié quand la mort enlevait de manière aussi triste qu'inattendue son éminent collaborateur. Rappelons aussi qu'on doit à M. Collin, un petit volume sur les *Poudres médicamenteuses* qui est tout bonnement un petit chef-d'œuvre, on ne saurait trop le rappeler. Micrographe savant autant qu'habile, observateur minutieux et jamais satisfait, M. Collin a fait des dessins d'anatomie générale célèbres dans le monde entier et qui centuplent la valeur de toutes ses publications.

C'est dans le même esprit et surtout avec la même conscience que l'auteur a rédigé son nouveau « Précis de matière médicale », on y trouvera la même sûreté dans la description et dans le rendu des coupes microscopiques, sur lesquelles on se base pour déterminer les espèces. Indispensable à l'étudiant en pharmacie comme au pharmacien et au botaniste, cet ouvrage, à tous points remarquables, peut également intéresser le médecin qui s'occupe do pharmacologie.

G. Bardet.

Précis de bactériologie médicale, par F. Berlioz, professeur à l'Université de Grenoble. Petit in-16 cartonné, Paris, 19.3, Masson, éditeur. Prix, 6 francs.

On remarquera le titre de l'ouvrage « Bactériplogie médicale », il s'agit bien là, en effet, d'un volume destiné au médecin-praticien et non pas d'un traité didactiqno pour les bactériologistes en quête de méthodes. M. Berlioz traito surtout, en effet, du rôle pathogène des bactéries et de l'infection. La lecturo est donc rapide et suggestive, car elle met le lecteur au courant des découvortes les plus récentes et des théories modernes relativement au rôle spécial reconnu à chaque espèce bactérienne. Comme le dit le professeur Landouzy dans la préface qu'il a écrite pour ce petit livre : « Il vient à son heure et doit être le livre de chevet des médecins et des étudiants. »

G. B.

Eléments de physiologie, par M. F. Laulanié, directeur et professeur de physiologie à l'École vétérinaire de Toulouse, 1 vol. in-8 de 1100 pages, avec 340 figures dans le texte. Asselin et Houzeau, éditeurs, Paris, 1903.

Nous avons annoncé, au fur et à mesure de leur apparition, les fascicules de ce très important ouvrage. Nous ne pouvons répéter pour le volume complet que ce que nous avons déjà dit plusieurs fois, c'est-à-dire qu'il s'agit là d'un livre considérable et des plus utiles. La physiologie humaine gagne à être éclairée par la physiologie animale, et certainement tout médecin devrait posséder dans sa bibliothèque un volume de physiologie vétérinaire. Celui de M. Laulanié est particulièrement recommandable, car il est rédigé avec un grand talent d'exposition et tous les chapitres en sont traités avec un soin parfait. Pour notre compte, il nous a rendu et nous rend encore tous les jours de sérieux services.

G. B.

REVUE DES THÈSES

par Mme Durdan-Laborie

Traitement des inflammations pelviennes. M. Ménard (*Thèse de Paris*, 1901, n° 25).

Le traitement des paramétrites aiguës est souvent confondu avec celui des pelvi-péritonites. Il faut surtout traiter l'utérus infecté, et on est en droit d'espérer un arrêt dans la marche de l'inflammation péri-utérine. Il faut donc nettoyer l'utérus : 1° par dilatation; 2° par des injections intra-utérines très chaudes, celles-ci seront la base de cette thérapeutique; 3° les lavements chauds seront d'un très puissant secours.

Contrairement aux méthodes employées jusqu'à ce jour, l'auteur n'attend pas que l'inflammation soit éteinte pour dilater l'utérus et le curetter; il pense au contraire que c'est la méthode de choix. Souvent même, la dilatation combinée aux injections intra-utérines chaudes et aux lavements amène fréquemment

la résorption des exsudats pathologiques récents, dans les paramétrites aiguës ou subaiguës.

Quand le pus s'accumule autour de l'utérus il faut intervenir chirurgicalement.

Contribution à l'étude de l'antéflexion congénitale de l'utérus. Son traitement par la dilatation et le curettage. M. FORESTIER (*Thèse de Paris*, 1901, n° 35).

L'antéflexion congénitale entraîne le plus ordinairement la dysménorrhée et la stérilité. Nombreux sont les procédés utilisés pour obvier à ces graves inconvénients.

La thérapeutique sanglante doit être exceptionnelle ; on lui préférera la dilatation progressive à l'aide de tiges de laminaires, suivie de curettage utérin.

Moyen inoffensif, simple, rapide, supporté par toutes les malades, ce procédé répond aux trois indications de l'antéflexion congénitale : dysménorrhée, stérilité et phlegmasie utérine.

Traitement des névralgies par les injections sous-cutanées de sérum artificiel. M. BERNARD (*Thèse de Paris*, 1901, n° 116).

Cette méthode est employée dans les névralgies sciatiques, le lumbago, la névralgie scapulaire et faciale. On emploie la solution suivante :

Chlorure de sodium....................	5 gr.
Sulfate de soude......................	10 »
Eau distillée..........................	1000 »
M.	

Cette solution se fait légèrement tiédir au bain-marie; on injecte 5 cc. au niveau de chaque point douloureux. Un même malade peut, dans une seule séance, recevoir quatre, cinq et même six injections. On peut les renouveler pendant plusieurs jours consécutifs sans le moindre inconvénient.

De la sitiophobie et de son traitement. M. GIMBAL (*Thèse de Paris*, 1901, n° 52).

La sitiophobie c'est le refus des aliments; syndrome fréquent

en aliénation mentale. Ce refus est partiel ou total. Au début elle est le plus souvent partielle; elle atteint plus fréquemment la femme que l'homme; sa fréquence est entre trente et quarante ans. La femme étant plus mélancolique que l'homme, y paie un plus large tribut.

Deux ordres de causes dominent la sitiophobie : causes somatiques, causes psychiques; ce trouble est l'anorexie de l'aliéné.

Son traitement dépend entièrement de la notion des causes. Il faut traiter chacune des causes; la première est due à un embarras gastrique. La deuxième, essayer au début les procédés de douceur; si celle-ci échoue, faire l'alimentation forcée et précoce. La meilleure est la voie muqueuse; la voie sous-cutanée ne vaut rien. La voie gastro-intestinale est excellente, la voie rectale est mauvaise.

L'alimentation forcée gastro-intestinale se compose de : lait, œufs, poudres de viande introduites par la sonde; faire deux repas par jour. Il faut peser les sitiophobes avec soin.

La sitiophobie est grave, les malades meurent souvent de dysenterie.

Traitement prophylactique des ophtalmies purulentes des nouveau-nés par l'aniodol. M. Thomin (*Thèse de Paris*, 1901, nº 48).

Cette prophylaxie est de la plus haute importance et c'est une question qui n'a pas cessé d'être pendante. Il faut user de moyens préventifs pendant la grossesse et au moment de l'accouchement.

Voici la pratique suivie à Beaudeloque, on doit s'efforcer de s'en rapprocher le plus possible dans la clientèle privée.

Avant le travail, et même au début de celui-ci, à moins de dilatation complète, donner un bain aromatisé avec le mélange suivant :

Sous-carbonate de soude...............	300 gr.
Essence de thym.....................	} ââ 2 »
— de lavande.................	}

M. s. a.

Une fois au lit, donner une injection vaginale au biiodure.

Renouveler ces injections toutes les deux heures, recouvrir, dans l'intervalle, les parties génitales d'un tampon d'étoupe stérilisée.

Immédiatement après la naissance de l'enfant, savonnage rapide des deux régions oculaires et de leurs parties avoisinantes au savon à l'aniodol ; puis ouvrir les paupières et à l'aide d'un peu d'ouate hydrophile imprégnée d'aniodol à 1 p. 4.000, on exprime quelques gouttes sur la cornée.

Inutile de renouveler cette instillation, bien qu'elle ne présente aucun inconvénient.

L'hypnotisme devant la loi. M. HALGAN (*Thèse de Paris*, 1901, n° 99).

La législation de l'hypnotisme préoccupe depuis longtemps déjà les juristes et les médecins.

Il s'agissait de savoir si la pratique de l'hypnotisme pouvait être laissée entre les mains de personnes non diplômées, ou si, au contraire, elle était du domaine médical.

Actuellement la question est jugée depuis décembre 1900; l'hypnotisme est entré dans la période véritablement scientifique.

La juridiction de la cour suprême de Rennes, 6 mars 1901, a fixé d'une façon définitive la jurisprudence de l'hypnotisme aux termes suivants :

Limiter aux seules personnes diplômées le droit de pratiquer l'hypnotisme ; elle rejette donc les arguments mis en avant par les magnétiseurs (Innocuité de leurs pratiques, travaux préparatoires à la loi de 1892).

Traitement de la fièvre typhoïde infantile. Étude comparée des diverses médications. M. DURIEUX (*Thèse de Paris*, 1901, n° 69).

On a beaucoup parlé, beaucoup écrit depuis quelques mois sur ce traitement; et les diverses médications employées jusqu'à ce jour ont chacune leur mérite et leur opportunité. Avec un peu de mesure et de sens clinique, on peut tirer d'heureuses conséquences de leur point de départ.

Il n'y a pas de traitement spécifique de la fièvre typhoïde infantile, cependant les purgatifs associés ou non au benzo-naphtol sont indiqués dans les formes légères ou moyennes. La médication antithermique n'est pas non plus une méthode spécifique, elle comprend deux moyens, la balnéothérapie, les agents médicamenteux.

Il ne faût pas donner les bains froids dans tous les cas, l'indication se tire bien moins de la température du petit malade que de l'état de son système nerveux; il doit être employé lorsqu'il y a torpeur, méningisme, irrégularité du cœur.

Pour certains auteurs, les bains tièdes ou le bain chaud donneraient dans ces cas les mêmes heureux résultats. Dans les formes légères et moyennes les plus fréquentes, on peut ne pas utiliser les bains et recourir à la quinine. Celle-ci peut être donnée à doses massives ou fractionnées, elle modifie favorablement la marche de la maladie. Peut-être agit-elle, ainsi qu'on l'a avancé récemment, par une action directe, spécifique, sur le bacille d'Eberth.

Traitement des péritonites et des pleurésies tuberculeuses séro-fibrineuses, par les lavages d'eau stérilisée très chaude. M. Mainot (*Thèse de Paris*, 1901, n° 76).

La chaleur sur le bacille de Koch a un rôle prépondérant dans la marche régressive des accidents dont les séreuses sont le siège.

La chaleur sèche agit moins rapidement et, d'après M. Grancher, l'action prédominante ne serait pas due à la température, mais à l'eau stérilisée qui altère rapidement le bacille et le détruit.

A côté des microorganismes pathogènes qui constituent les éléments d'attaque, il y a les leucocytes actifs qui constituent les éléments de défense. Or leur maximum d'énergie se manifeste réellement pendant les températures qui sont celles de notre sang à l'état normal et pendant un léger état fébrile.

A une température axillaire de 41 et 42°, les leucocytes meurent rapidement. D'autre part, la plèvre atteinte de pleurésie tuberculeuse absorbe mal; l'eau stérilisée chaude augmente la perméa-

bilité des séreuses malades, ce qui facilite la résorption du liquide qui peut y séjourner.

Manuel opératoire : retirer par ponction un litre de liquide et injecter aussitôt un litre d'eau stérilisée à une température voisine de 46°; laisser l'injection tout entière dans la plèvre.

Ce traitement ne s'adresse qu'aux épanchements tuberculeux. les autres guérissent spontanément.

De la cure radicale de la hernie crurale par le procédé du Dr Delagénière et de ses résultats éloignés. M. Ilune (*Thèse de Paris*, 1901, n° 107).

La hernie crurale est presque toujours douloureuse primitivement, même petite, ou bien après sa formation elle le devient rapidement. Il s'y ajoute aussi des troubles gastro-intestinaux; de plus ceux-ci amènent une sénilité précoce et une déchéance rapide.

C'est surtout une affectton des adultes, les femmes en sont plus souvent atteintes que les hommes; d'où nécessité de l'intervention car cette hernie expose plus fréquemment aux accidents de l'étranglement que la hernie inguinale et la gangrène rapide de l'intestin n'est pas rare (Lucas-Championnière).

Il faut donc intervenir et faire la résection très haute du péritoine et la destruction de toutes les adhérences. Pour ce faire, le procédé de Délagénière répond aux desiderata d'une cure radicale efficace.

Les résultats éloignés sont très encourageants, les malades revus assez longtemps après l'opération sont valides; ils n'ont jamais porté de bandage après la cure radicale. Sur 36 cas opérés et revus, il n'y a eu qu'une seule récidive, soit un peu moins de 3 p. 100.

FORMULAIRE

Pilules contre les cardiopathies avec congestion hépatique.

Poudre de digitale	}
Poudre de scille	} ââ 0 gr. 05
Résine de scammonée	}
Calomel	0 » 01
Excipient	Q. S.

Pour une pilule, n° 15.

En prendre 5 par jour en dehors des repas pendant trois jours.

Ou bien :

Poudre de digitale	}
— de scille	} ââ 0 gr. 05
Calomel	}
Extrait aqueux d'ergot de seigle	0 » 10
Excipient	Q. S.

Pour une pilule, n° 15.

En prendre 5 par jour pendant trois jours en dehors des repas; surveiller avec soin les gencives (stomatite mercurielle) pendant l'administration de ces pilules et les jours qui suivront.

Sirop d'hémoglobine.

Hémoglobine en paillettes	25 gr.
Eau distillée	125 »
Sirop de sucre	850 »

20 grammes ou une cuillerée à soupe renferment 0 gr. 50 d'hémoglobine.

On administre habituellement ce sirop dans un peu d'eau gazeuse.

Le Gérant : O. DOIN

IMP. F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE. — PARIS-6e

Le tabac à la Faculté. — Le certificat de santé des candidats au mariage en Espagne. — Les Humbert médecins. — L'hygiène et les bouilleurs de cru. — Le microbe de la rage. — L'assurance contre l'appendicite. — L'alcoolisme et ses dangers.

Défense de fumer dans les amphithéâtres et les cours. Tel est, dit le *Journal des Praticiens*, le dernier ukase de notre excellent doyen M. Debove. Exception sera faite pour les salles de dissection.

Au fait, ajoute ce journal, M. Debove a raison. Plus on fume, plus on éprouve le besoin de fumer. L'excitation légère produite par le tabac se dissipe très vite et a besoin, pour se réveiller, d'une nouvelle dose toxique.

D'ailleurs, l'habitude du tabac se perd très aisément. La sensation de privation réelle ne se prolonge que pendant deux ou trois jours. Nombre de fumeurs invétérés ont été très étonnés de la facilité avec laquelle ils venaient à bout de leur habitude.

°°°

On est en progrès en Espagne. A la rentrée des cours et tribunaux de Madrid le ministre de la Justice aurait parlé dans son discours de la nécessité de faire intervenir le médecin dans toute demande d'inscription pour le mariage et montré l'utilité d'un certificat relatif à la santé et aux conditions physiologiques des postulants. Il importe, aurait-il dit, de ne pas contribuer à

peupler les hôpitaux, les asiles d'aliénés et les bagnes par des unions conclues sans aucune prudence, et il est nécessaire que le juge municipal refuse de procéder à des mariages que la science estime devoir être funestes, car tout est préférable à de telles unions plus regrettables que le suicide même.

Il sera curieux de voir l'accueil réservé à cette proposition.

°°°

On sait par le *Petit Parisien* qu'Émile Daurignac se faisait passer à Madrid pour un médecin belge. Il a à son actif une cure merveilleuse : il a donné une ordonnance à une voisine qu'il a guérie en quinze jours d'une maladie d'estomac. Aucun médecin jusqu'à ce jour n'avait pu même la soulager!... La malade a été émerveillée et l'est encore.

Sa réputation l'a suivi semble-t-il sur la terre de France, si bien que M. Leydet se voit dans la cruelle obligation de ne pouvoir accéder, au dire des gazettes, aux nombreuses suppliques de vieilles gastropathes désireuses de soumettre leur cas à ce... médecin... de haut vol!

°°°

Tous les hygiénistes, suivant le *Journal des Débats*, doivent soutenir le projet du ministre des Finances réduisant considérablement le privilège des bouilleurs de cru. M. Rouvier aura exécuté une œuvre saine s'il peut faire payer l'impôt de 220 francs par hectolitre à l'alcool vendu jusqu'ici frauduleusement sans rien payer au fisc. Aucun alcool ne mérite une telle faveur; mais l'alcool des bouilleurs de cru le mériterait moins qu'aucun autre. Car, parmi les plus mauvais, il est le pire. Devant la commission sénatoriale qui, en 1887, demandait la suppression du privilège des bouilleurs de cru, M. Berthelot disait que ce sont les bouilleurs de cru et les distilleries agricoles qui fabriquent des produits nuisibles à la santé. Depuis cette époque la situation n'a pas changé. Ces mêmes bouilleurs de cru donnent toujours un détestable alcool dans la plupart des régions de la France.



On parle beaucoup de la découverte que M. Sormani, de l'Université de Pavie, aurait faite du microbe de la rage. Bien que par un raisonnement scientifique Pasteur ait trouvé le moyen de guérir la maladie, on n'avait pu identifier jusqu'à présent le bacille qui la produisait; par suite le traitement antirabique actuel ne pouvait être contrôlé avec certitude. Espérons que les études du médecin italien fourniront le moyen de simplifier le remède et de le rendre encore plus accessible qu'il ne l'est pour l'instant.



La mode est aux assurances. L'appendicite étant la maladie du jour, une grande Compagnie s'est empressée de tirer parti de cette circonstance.

En payant 5 shillings, on peut, en Angleterre, s'assurer contre cette affection. Non pas qu'on évite le mal, mais l'assuré touche 5.000 francs dans le cas où, atteint d'appendicite, il est obligé de subir l'opération.

En cas de décès, la Compagnie paie une seconde prime de 5.000 francs aux héritiers.



Dans l'espoir de mettre un frein à la consommation de l'alcool, l'administration de l'assistance publique a cru bon de porter à la connaissance du public par voie d'affiche un extrait du procès-verbal d'une séance du Conseil de surveillance relatif à « l'alcoolisme et à ses dangers ».

Mais comme sur ces entrefaites avait paru dans les *Annales de l'Institut Pasteur* le mémoire de M. Duclaux, que les vulgarisateurs de la presse quotidienne ont eu le tort de présenter comme une démonstration manifeste que l'alcool constitue un des aliments les plus utiles pour l'homme, la corporation des marchands de vins et liqueurs en a pris texte pour démontrer que l'affiche dont

il est question ci-dessus « sous forme de combattre l'alcooli sme se livre à une violente attaque contre tous les produits mis en vente par les débitants de vins et liqueurs; que l'alcool y est représenté *par une affirmation particulièrement osée en présence des contradictions de la science,* comme n'étant utile à « personne », mais, « nuisible pour tout le monde »; que d'autre part les boissous dites hygiéniques, le vin, le cidre ou la bière, sont elles-mêmes mises à l'index par des énonciations équivoques confondant la boisson elle-même avec les quantités absorbées; qu'enfin toutes les boissons dites apéritives sont représentées « comme les plus pernicieuses » parce qu'elles contiennent, « outre l'alcool, des essences qui sont, elles aussi des poisons violents », ce qui eût dû provoquer, de la part du préfet de la Seine, un arrêté interdisant dans toute l'étendue du département la vente à tous venants des produits si violemment pris à partie; que le fait par M. de Selves de s'être abstenu démontre à lui seul que la violence des attaques dirigées contre les susdits produits n'est destinée qu'à faire illusion et qu'à couvrir leur manque de fondement ».

La Chambre syndicale de la corporation des marchands de vins et liqueurs a, en conséquence, assigné devant le tribunal civil les signataires de l'affiche en question.

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

De la tachycardie continue apyrétique du début de la tuberculose aiguë,

par M. F. VIALARD.

Si je reviens sur un sujet déjà traité dans nombre de thèses, et récemment dans les thèses de Wateau (1) et de Platey (2), sur un symptôme dont la valeur pronostique a été si bien décrite par Merklen, Debove et Achard, c'est d'abord pour étudier en détail les caractères propres et constants de cette tachycardie et ses rapports avec la tachypnée, c'est ensuite et surtout pour m'élever contre un traitement toujours inutile, souvent même dangereux, auquel j'ai vu contraindre bien des malades.

I

Généralement cette tachycardie est *apyrétique*, ce qui revient à dire que, malgré l'accélération du pouls, on ne constate ni chaleur cutanée, ni urines fébriles. « Cette opposition entre le pouls et la température est un signe à nos yeux d'une grande valeur », disent Grancher et Barbier (3).

Cependant quelquefois je l'ai vu s'accompagner, à divers

(1) *Thèse de Paris*, 1899-1900.
(2) *Thèse de Paris*, 1900-1901.
(3) *Traité de médecine et de thérapeutique*, t. VII.

moments de la journée, sans régularité aucune, d'une élévation de quelques dixièmes de degré (de trois à cinq dixièmes) de température, et plus souvent j'ai vu le thermomètre descendre à 37° à 36°5 et dans un cas à 34°5.

Elle est *progressive*, et si dans certains cas cette *progression* est *lente* et *graduelle*, dans d'autres cas elle est *rapide* (pouls à 96 montant brusquement le lendemain à 120 et 130 et s'y maintenant), car tout dépend du degré de l'infection tuberculeuse ou même des infections secondaires.

Elle est *continue*, ne cessant ni jour ni nuit, mais par moment *peut devenir paroxystique* (léger mouvement, repas, émotion, marche, station debout prolongée, conservation prolongée).

Elle est *tenace* et *rebelle*.

Elle est aussi *silencieuse*, ne se révélant ni par des accès de palpitations, ni par de la douleur précordiale, ni par une sensation d'angoisse précordiale ou par tout autre symptôme.

Enfin elle s'accompagne toujours de *diminution de la tension artérielle*, de *vaso-dilatation* (rougeur des pommettes), mais *rarement d'irrégularité du pouls*.

Au début elle évolue *isolément*, pour s'accompagner ensuite de *tachypnée*. Il devenait donc intéressant de rechercher quels rapports existaient entre le nombre des respirations et celui des pulsations, et cela d'abord, dès les débuts de la tuberculose aiguë, ensuite à une période plus avancée. Je me suis livré à ce travail sur plusieurs malades et, dès les débuts de la tuberculose aiguë, j'ai constaté l'absence de tachypnée. Voici du reste un des nombreux tableaux que j'ai dressés :

TUBERCULOSE AIGUË AU DÉBUT. TACHYCARDIE
ABSENCE DE TACHYPNÉE

TEMPÉRATURE	RESPIRATIONS	PULSATIONS
—	—	—
37,5	16	95
37,5	16	95
37,5	16	97
37,5	16	101
36,5	15	100
36,8	15	100
37,5	16	100
37,5	16	101

Par ce tableau l'on voit que non seulement il n'existait pas de tachypnée, mais que le rapport physiologique (1 respiration pour 4 pulsations) était détruit, et remplacé par un rapport pathologique (1 respiration pour 5 à 6 pulsations). *Il semble donc que les centres circulatoires soient les premiers touchés par la toxine tuberculeuse.*

En revanche, à une période plus avancée de la maladie, dès que la tachypnée existe, elle prend vite le dessus sur la tachycardie. Témoin le tableau suivant publié dans l'excellent travail de M. Klippel, médecin des hôpitaux (1):

CACHEXIE TUBERCULEUSE APYRÉTIQUE

TEMPÉRATURE	RESPIRATIONS	PULSATIONS
—	—	—
37	43	96
37	35	101
37	36	100
36,5	37	102
36,5	44	108
36,5	46	104
36,5	42	106
36,5	42	110
36,5	43	110
36,5	48	118

(1) KLIPPEL, médecin des hôpitaux. Tachycardie dans les maladies fébriles et les cachexies. Ses rapports avec la tachypnée. *Presse médicale*, 1900.

A cette période de la cachexie tuberculeuse, il faut reconnaître avec M. Klippel que « le nombre pathologique des respirations (tachypnée) est habituellement supérieur à celui des pulsations (tachycardie) par comparaison avec le rapport physiologique. Ou si l'on veut, en supposant qu'une même cause morbide agisse simultanément sur les centres nerveux respiratoires et cardiaques, les premiers seraient plus facilement influencés que les seconds (hyperexcitabilité).

II

La tachycardie du début de la tuberculose aiguë est d'un pronostic fatal, car elle indique une infection profonde de l'organisme et en particulier des centres nerveux du cœur ; elle annonce que la terrible maladie, dont elle est un symptôme précurseur, est résolue de ne respecter aucune de ses périodes, de ne donner lieu à aucun moment d'accalmie, comme si elle craignait de ne pas arriver assez *sûrement* et assez *rapidement* à sa terminaison fatale.

« La constatation du défaut d'instabilité du pouls, disent Debove et Achard, est une notion importante dans toutes les circonstances où elle se présente, car elle indique toujours un état de débilitation profonde de l'organisme, et acquiert dans certains cas, en particulier dans la tuberculose, une portée toute spéciale. Dans cette maladie, même dans la première période, en l'absence de tout mouvement fébrile, la grande instabilité du pouls est l'indice presque certain que l'on est en présence d'une forme, non seulement ayant toutes les chances pour aboutir à la mort, mais encore d'une forme à évolution rapide, ayant une tendance à *brûler les*

étapes, et à progresser suivant un mode suraigu. » Et plus loin ces mêmes auteurs ajoutent : « Au cours d'une tuberculose apyrétique ou à peine fébrile, la vitesse du pouls aux environs de 120 est presque constamment l'annonce d'une mort prochaine, la survie ne dépassant guère plusieurs semaines, au maximum trois mois dans l'immense majorité des cas. » L'opinion de P. Merklen est non moins formelle : « L'accélération habituelle du pouls, dit-il, à 90 ou 100, accélération encore accrue par la marche et les repas, peut même être considérée comme un signe précoce de certaines tuberculoses quand elle coïncide avec un amaigrissement inexpliqué (L. Faisans). Elle est généralement d'un pronostic sévère indiquant *une forme rapide*, *éréthique et rebelle* de la maladie. » (L. Faisans, O. Sirot.)

III

Dans ce chapitre, je ne passerai en revue que les affections dont le symptôme, tachycardie continue, peut simuler la tachycardie du début de la tuberculose aiguë. C'est dire que je n'insisterai ni sur la *maladie de Bouveret*, *ni sur les tachycardies d'origine réflexe* (ménopause, hystérie, neurasthénie), ni sur les *tachycardies par lésions nerveuses* (paralysie labio-glosso-laryngée, myélite ascendante, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, ataxie locomotrice, névrites du pneumogastrique, soit infectieuses, soit toxiques).

L'origine de la fréquence inaccoutumée du pouls dans la *chlorose* et les *anémies*, de sources diverses, surtout dans l'*anémie profonde* au 3e degré si bien décrite par le professeur Hayem, sera reconnue aux signes propres de ces deux

affections, parfois cependant après un temps assez long d'observation attentive. Dans ces deux états, il y a du reste *plutôt accélération simple* du pouls que véritable tachycardie.

Il existe certains cas d'infections aiguës du cœur (péricardite, myocardie, endocardites infectieuses), dont la tachycardie est un des principaux symptômes et qui, *malgré leur malignité, ne donnent lieu qu'à une fièvre très modérée.* Mais dans ces cas-là le pouls n'est pas seulement accéléré, il est souvent irrégulier. Si dans la *péricardite aiguë infectieuse* le pouls oscille entre 110 et 120 à la minute, il existe aussi de la matité précordiale, un affaiblissement et un déplacement en haut du choc et des bruits du cœur, témoins de la présence et du volume de l'épanchement. Par ses souffles en jet de vapeur, par ses embolies, l'*endocardite infectieuse aiguë* sera reconnue. Un souffle doux à la pointe, un rythme irrégulier, des bruits faibles, mal frappés, seront les symptômes de la myocardite infectieuse aiguë. Ce qu'il faut bien noter en effet, c'est que le cœur du malade atteint de tuberculose aiguë et de tachycardie précoce *ne présente aucune modification de rythme et que l'auscultation ne décèle aucun souffle anormal* (1).

Ce n'est qu'avec le temps que l'on peut différencier la tachycardie, symptôme précurseur d'un *anévrisme de la crosse de l'aorte*, avec la tachycardie du début de la tuberculose pulmonaire aiguë.

Ce n'est encore qu'avec le temps que l'on peut distinguer *la tachycardie infectieuse grippale* (surtout si on l'observe au cours d'une grippe à forme pulmonaire).

Même remarque pour la *tachycardie de la fièvre typhoïde* (2).

---

(1) Debove et Achard. *Manuel de diagnostic médical*, t. II.
(2) P. Merklen. *Traité de médecine et de thérapeutique*, t. VI.

Toutefois ici le séro-diagnostic sera d'une grande utilité, dans les cas où la fièvre serait très légère (fièvre typhoïde apyrétique). Il n'en est pas de même de l'examen bactériologique des crachats du malade suspect de tuberculose aiguë, car presque toujours au début, souvent même à la période d'état, cet examen est négatif.

IV

Avant d'aborder l'étude du traitement, je crois devoir dire un mot sur la pathogénie de ce symptôme clinique.

Ire Théorie : *Tachycardie réflexe d'origine stomacale.* — Elle est produite tantôt directement par la voie centrifuge du pneumogastrique, tantôt indirectement par excitation du grand sympathique provoquant le spasme des capillaires pulmonaires et secondairement la dilatation du cœur droit. Mais pareille théorie ne peut s'appliquer qu'à des malades atteints de tuberculose chronique, et ne s'observe que chez les vieux tuberculeux dont l'estomac (modifié dans sa structure ou dans ses fonctions chimiques) *a eu le temps* d'être lésé soit par l'infection tuberculeuse, soit le plus souvent par une *thérapeutique exagérée* (huile de foie de morue, créosote, gaïacol, vins généreux, arsenic et cacodylate de soude). Du reste, chez le malade atteint de tuberculose aiguë la dilatation du cœur droit est rare, et puis cette tachycardie d'origine stomacale est le plus souvent *intermittente* ne survenant qu'après le repas au moment de la période de la digestion.

IIe Théorie : *Compression du nerf vague.* — Cette théorie ne s'applique également qu'à la tachycardie observée pendant le cours de la tuberculose chronique, chez des malades dont le nerf vague *a eu le temps* d'être comprimé, soit par médias-

tinite tuberculeuse, soit par adénopathie trachéo-bronchique de même nature.

III[e] THÉORIE : *Sclérose du corps thyroïde.* — Pour répondre à cette théorie qu'il me suffise de dire que la sclérose tuberculeuse du corps thyroïde *n'est pas l'œuvre d'un jour.*

IV[e] THÉORIE : *Tuberculose du cœur.* — Je ne signale cette théorie que pour l'éliminer, car je n'ai en vue dans ce travail que l'étude de la tachycardie survenant comme un des premiers témoins de l'infection bacillaire aiguë, chez des malades dont le cœur n'a pas été encore touché par le bacille de Koch ou par ses toxines.

V[e] THÉORIE : *Névrite du pneumogastrique.* — A l'exemple des névrites infectieuses (scarlatine, oreillons, typhoïde, variole, rougeole et diphtérie) et des névrites toxiques (plomb, mercure, arsenic, alcool), il existe une névrite du pneumogastrique d'origine tuberculeuse. Mais cette névrite doit être fort rare, à en juger d'après l'examen histologique du pneumogastrique. *Ce nerf est plutôt atteint dans ses fonctions que dans sa structure, car il est trop tôt et trop vite frappé, et cette rapide atteinte ne peut être que l'œuvre d'un poison.*

VI[e] THÉORIE : *Tachycardie essentielle sans lésion toxique.* — C'est, en effet, la toxine tuberculeuse qui produit la tachycardie du début de la tuberculose aiguë et parmi les diverses toxines sécrétées par le bacille de Koch, *il en est une qui est particulièrement nocive pour les centres circulatoires* : « Notre tuberculine A, disent Arloing et Guinard (1), était particulièrement active ; elle était capable d'empoisonner 10.000 fois son poids. Elle s'est montrée très toxique, hyperthermisante, très dépressive, très *vaso-dilatatrice, accélératrice et affaiblissante du cœur.*

(1) S. ARLOING et L. GUINARD. *Congrès de la tuberculose.* Séance du 29 juillet 1898.

V

C'est un symptôme vraiment désespérant pour le médecin que cette tachycardie continue apyrétique du début de la tuberculose aiguë, car nous sommes encore désarmés contre elle et essayer de lutter c'est vouloir souvent l'exagérer. Par conséquent, d'une part ni bromures, ni chloral, ni valérianate d'ammoniaque dont les effets calmants sont nuls, et d'autre part ni caféine ni convallaria maialis dont les effets toni-cardiaques sont incertains et insignifiants, *mais surtout pas de digitale, car ce médicament est inutile et dangereux.* En effet, les doses légères de poudre de digitale (0 gr. 30 à 0 gr. 50) prolongées pendant plusieurs jours non seulement n'élèvent pas la tension artérielle et ne ralentissent pas le pouls, mais encore *produisent souvent des effets contraires.* Pour bien comprendre cette contre-indication de la digitale dans la tachycardie du début de la tuberculose aiguë, il est nécessaire de rappeler par quel mécanisme la digitale agit sur la circulation sanguine. Laissons de côté la *théorie ancienne* (de la paralysie du cœur), *la théorie de Gubler* (action galvanisante par accumulation de forces dans les pneumogastriques), la théorie de la vaso-constriction capillaire soutenue par Hutchinson, Lœderick, Legroux et Marey, la théorie de Vulpian (action directe de la digitale sur le myocarde) et enfin les deux théories de Germain Sée (1) action élective sur les ganglions automoteurs du cœur, augmentation de l'élasticité diastolique du cœur. C'est en effet à la théorie de François Franck (2) qu'actuellement la plupart des

(1) Germain Sée. *Acad. de médecine*, 1er août 1893.
(2) F. Franck. *Acad. de médecine*, 2 juillet 1895.

thérapeutes et des physiologistes se rallient. Avec F. Franck il faut admettre un mécanisme complexe, à la fois *nerveux* (action sur l'appareil nerveux toni-cardiaque) et *musculaire* (action sur le myocarde). Eh bien, il est vrai qu'au début de la tuberculose aiguë, la tachycardie reconnaît pour causes une infection des centres nerveux du cœur, mais il serait puéril de croire qu'avec quelques centigrammes de poudre de feuilles de digitale l'on peut espérer détruire la toxine par laquelle les centres nerveux du cœur ont été touchés ou bien donner à ces mêmes centres la force nécessaire pour résister. Et d'autre part l'action de la digitale sur le myocarde d'un tuberculeux est si légère, si peu durable, qu'on ne peut compter sur elle. Admettons même que cette action soit assez énergique pour produire le résultat désiré, d'abord le ralentissement du pouls et puis l'élévation de la tension artérielle : nous ne devrions pas la rechercher, car si l'on empêche ainsi le muscle cardiaque de travailler moins vite, on le force à travailler plus fort; en un mot *c'est le soulager d'un côté pour le surmener de l'autre.*

Et puis, pourquoi lutter contre cette tachycardie puisqu'elle *n'est que le témoin* d'une infection profonde, généralisée, et rapide, d'un organisme destiné à succomber? Dans les autres tachycardies et en particulier dans la tachycardie de la maladie de Basedow, quel résultat obtient-on de la digitale? Enfin *c'est un devoir*, pour le praticien, d'entourer d'un soin jaloux l'estomac du tuberculeux, et administrer la digitale n'est-ce pas courir le risque de voir survenir l'intolérance gastro-intestinale avec son cortège de symptômes (nausées, vomissements, diarrhée).

Pour éviter cette action nuisible sur le tube digestif, *Pavinski* et bon nombre de médecins (Debierre, Legris, Maurange) recommandent la spartéine pour tous les cas où la

digitale n'est pas supportée. Mais dans bien des cas le sulfate de spartéine, le plus stable, le plus soluble, le plus assimilable de tous les sels de spartéine, est encore mal toléré par l'estomac du tuberculeux.

Quant à ses effets sur le cœur, ils sont plus ostensibles, plus rapides, plus durables que ceux de la digitale : le pouls se ralentit, la tension artérielle s'élève, en un mot l'effet toni-cardiaque est obtenu. Laborde ne dit-il pas que la spartéine est le *métronome du cœur*? Le Dr Georges Petit, médecin adjoint du dispensaire d'Ormesson, ne la considère-t-il pas comme le *meilleur régulateur cardiaque* et ne prétend-il pas encore qu'elle agit *contre la lésion tuberculeuse dont par contre-coup elle entrave la marche*? Je dois citer ici quelques passages de l'excellent travail du Dr Georges Petit sur le traitement de la tachycardie précoce apyrétique de la tuberculose aiguë infantile : « Cette tachycardie s'observe sans symptôme de lésions cardiaques. Elle appartient à cette variété dite essentielle, qui, chez les jeunes tuberculeux, aggrave le pronostic, et il n'est pas rare de l'observer comme symptôme précurseur de l'évolution pulmonaire. En présence d'une indication clinique aussi sérieuse, la question de thérapeutique prend une importance exceptionnelle. *De tous les médicaments cardiaques employés, un seul donne des résultats ostensibles, durables, rapides, c'est la spartéine.* Pris dès le début, ce *merveilleux régulateur* du cœur agit non seulement sur les symptômes, *mais encore sur la lésion bacillaire,* dont par contre-coup il entrave le cours et retarde l'évolution. »

Je suis forcé d'avouer, que je n'ai jamais observé de si beaux résultats, et puis je ne puis me résoudre à lutter en désespéré contre le symptôme d'une maladie incurable.

En résumé, à mon avis, digitale et spartéine ne trouvent leur indication qu'à la fin de la dernière période de la tuber-

culose aiguë, alors que la fibre cardiaque, trop longtemps surmenée, commence à s'affaiblir d'une façon permanente ou temporaire, et cette période ne se fait pas attendre, car, on a beau faire, le cœur du tuberculeux *travaille trop tôt et trop vite pour ne pas bientôt se fatiguer*.



SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

SÉANCE DU 11 FÉVRIER 1903

Présidence de M. Du Castel.

Le procès-verbal de la dernière séance, lu et mis aux voix, est adopté.

Correspondance.

M. Perrot, professeur de matière médicale à l'École de pharmacie, se porte candidat à la place vacante dans la section des sciences accessoires.

Élections.

MM. Grimbert, Porack et G. Pouchet sont nommés honoraires à l'unanimité, sur 54 votants :

M. Fiessinger est nommé titulaire dans la section de méde-

cine, avec 45 voix, contre 4 voix à M. Berlioz, 4 à M. Bertherand et 1 à M. Chevalier.

M. Debuchy est nommé titulaire dans la section de médecine avec 40 voix, contre 14 voix à M. Vaudin.

En conséquence du passage de MM. Grimbert, Porack et Pouchet, parmi les honoraires, vacance est déclarée à *deux places* dans la section de médecine et à *une* place dans la section des sciences accessoires. Les candidats auront, jusqu'au 15 mars, pour faire acte de candidature, rapport sera présenté le 23 mars et l'élection aura lieu à la séance du 22 avril.

Communications.

I. — *Sur la méthode de comparaison en thérapeutique*, par M. Leredde.

Je m'excuserais d'apporter une communication d'ordre extrêmement général à la Société de thérapeutique, si notre Société n'était celle où un pareil travail doit être déposé, étant donnée la nature du sujet qu'il traite.

La difficulté que j'ai rencontrée à faire accepter par quelques-uns des idées qui me semblaient absolument justes m'a conduit à réfléchir, à comprendre l'origine des objections qui m'étaient faites, à critiquer les opinions des autres et les miennes propres, à chercher comment on peut établir une vérité dans l'ordre des sciences médicales. Ce n'est peut-être pas là un effort inutile.

La quantité de travail qui se produit en médecine est véritablement prodigieuse. Les mémoires s'entassent sur les mémoires et les livres sur les livres. Et cependant, lorsqu'un auteur a apporté une idée nouvelle ou un fait nouveau, il faut des années pour que l'idée ou le fait soient acceptés. Et lorsqu'ils sont acceptés, il semble parfois que ce soit par la fatigue de la pensée médicale, par l'effet d'une répétition continuelle plutôt que par une adhésion consciente, spontanée et libre.

Les raisons de ce progrès trop lent sont, sans doute, mul-

tiples, et je n'ai l'intention que d'en montrer une seule, qui est la suivante : lorsque nous croyons être dans la vérité, connaître la vérité, nous sommes satisfaits; or, nous ne devons pas nous tenir pour satisfaits avant de l'avoir démontrée à d'autres. Le travail nécessaire pour cette démonstration a des avantages à tous points de vue et en particulier parce qu'il permet parfois, à celui qui le fait, de reconnaître une erreur.

°°°

Nombre de vérités, dans l'ordre des choses médicales, comme en tout autre peut-être, ont été énoncées depuis longtemps; l'historique de la bactériologie nous fait remonter aux philosophes grecs; la contagion de la tuberculose est connue depuis la plus haute antiquité...

Mais une vérité n'existe réellement que lorsqu'elle est reconnue telle. En matière scientifique, elle donne dès lors à l'esprit humain un point de départ ferme et lui permet de chercher des nouvelles vérités. Elle devient, dès lors, une force, elle a une valeur réelle, parce qu'elle constitue un principe d'action.

Il est difficile de ne pas voir qu'en médecine beaucoup de notions qui sont, sans doute, des vérités ont encore un caractère de certitude insuffisant, et que, par contre, des erreurs innombrables sont admises, qui devraient disparaître. Peut être faut-il en accuser l'insuffisance des méthodes de travail souvent employées.

Le progrès scientifique suppose toujours un progrès dans ces méthodes. Les immenses progrès du XIXe siècle sont dus surtout au perfectionnement de tous les procédés techniques, à la précision plus grande des observations qui en fut la conséquence. Mais la technique et l'observation ne suffisent pas, le développement des connaissances exige d'autre part des progrès dans l'esprit de méthode, dans le raisonnement scientifique.

En thérapeutique, science à laquelle tout en médecine doit aboutir, sans laquelle la médecine n'aurait pas de raison d'être supérieure à celle de toute autre science, ce qu'il faut bien rappeler, car on l'oublie vraiment trop, le travail de tous les jours

est immense et les résultats n'en sont pas suffisants. Car toute affirmation est contredite par une autre et, de guerre lasse, nous en arrivons toujours à accepter ce qui nous est affirmé par un maître, homme susceptible d'erreur et peut-être plus exposé à l'erreur lorsque tous acceptent ce qu'il dit, les yeux fermés. Peut-être, si tout auteur apportait des éléments de démonstration plus complets à l'appui de tout procédé nouveau ou de toute méthode nouvelle, n'en serait-il pas ainsi.

Pour préciser, je dois prendre quelques exemples, et je serai obligé de les emprunter à des questions que j'ai étudiées et que je connais à peu près bien.

°°°

Les travaux en nombre extraordinaire qui ont été faits et publiés sur le traitement de la syphilis, ont abouti à quelques notions positives : l'action curative du mercure et de ses composés sur l'immense majorité des lésions syphilitiques, en exceptant les lésions cicatricielles et pigmentaires, qui sont des altérations résiduelles, l'action curative des iodures alcalins sur *quelques* lésions syphilitiques. L'action préventive du mercure ne peut être reconnue comme démontrée; en se reportant aux textes des auteurs qui l'admettent et de ceux qui la combattent, on voit que les éléments de démonstration donnés par les premiers ne sont peut-être pas suffisants. Si l'action préventive est admise dans la pratique, c'est, je crois, que tout le monde fait le raisonnement suivant : Mieux vaut agir comme si cette action préventive existait et exposer le malade aux légers *inconvénients* d'un traitement mercuriel bien fait que de l'exposer aux *dangers* de l'absence de traitement.

Eh bien, dans le traitement de la syphilis, nous devons chercher à réaliser des progrès : il ne faut guère compter sur un sérum antisyphilitique, tant que le parasite sera inconnu, il ne faut pas compter sur la découverte de nouveaux agents spécifiques; au moins leur découverte ne peut-elle être que l'effet du hasard, et il est plus sage de ne pas l'attendre.

Les progrès consistent donc seulement, à l'heure actuelle, à employer mieux les agents, dont nous disposons déjà, à déterminer plus exactement leur ordre d'emploi, leurs indications, à définir leurs inconvénients avec plus de précision.

En ce qui concerne le traitement iodopotassique, la plupart des questions semblent à résoudre. On sait qu'il ne peut suppléer le traitement mercuriel, qu'il agit d'une manière remarquable dans les lésions gommeuses. Quelle est son action sur les autres lésions de la syphilis en général, dans l'infection syphilitique; faut-il le prescrire en même temps que le mercure ou dans l'intervalle des périodes du traitement mercuriel? Nous l'ignorons, ou du moins les affirmations des uns contredisent exactement celles des autres. Jamais, en effet, l'étude des effets de l'iodure de potassium n'a été faite dans un esprit méthodique : quelques travaux d'ensemble pourraient résoudre des questions que des milliers d'observations isolées ne peuvent exactement trancher en ce moment.

En ce qui concerne le traitement mercuriel, je crois que l'accord se fera peu à peu sur sa technique, ses indications, au moment du chancre, des périodes secondaire et tertiaire. Ce serait étendre sans raison ce travail que de rechercher tous les points encore en litige et comment on pourrait essayer de les résoudre tous. En ce qui concerne la technique, aucune règle ne doit être donnée d'une manière étroite, car tout procédé a ses avantages et ses inconvénients qu'il faut connaître, et faire connaître, de façon que chaque médecin puisse les peser dans chaque cas particulier.

Les points essentiels à résoudre me paraissent être :

La question de l'action préventive du traitement mercuriel;

La question des doses de mercure;

La question du traitement mercuriel dans le tabès, la paralysie générale et d'autres affections « parasyphilitiques » encore.

La question de l'action préventive ne peut être tranchée que par des statistiques étendues. C'est ce qu'a fait M. le professeur Fournier. M. Fournier a employé une méthode absolument scientifique et susceptible d'amener la démonstration, la méthode de

comparaison. En raison du nombre des observations à réunir, du temps énorme nécessaire, la démonstration n'a peut-être pas été complète ; il faut toutefois reconnaître que les chiffres produits par M. Fournier ont entraîné la conviction chez beaucoup.

En ce qui concerne la question des doses de mercure, qui est fondamentale au point de vue de la réglementation du traitement intensif, la démonstration que j'ai donnée reposait sur des raisonnements logiques, et ma théorie a déjà entraîné l'adhésion d'un très grand nombre. Mais la démonstration deviendrait complète pour tous et la vérité serait nécessairement démontrée pour tous si, sur vingt syphilitiques atteints d'accidents cutanés divisés au hasard en deux séries, les uns traités par un sel, les autres par un autre, à quantité égale de mercure, on observait *après comparaison* la guérison dans le même laps de temps moyen.

La valeur du traitement mercuriel dans le tabes et la paralysie générale a été déjà affirmée par quelques auteurs, se fondant sur des observations personnelles ; mais, en toute évidence, la vérité *qu'ils ont cru avoir vue*, n'a pas été démontrée par eux de manière à être acceptée, à s'imposer à l'opinion médicale. La raison en est : 1° que personne n'a publié de statistiques intégrales ; 2° que personne n'a *comparé* les faits observés chez des tabétiques ou des paralytiques généraux traités et non traités. La démonstration de la curabilité de ces malades peut résulter, comme je le fais dans un travail qui sera prochainement publié, de l'étude et de la critique de la plupart des faits publiés jusqu'ici, et des interprétations qui en ont été données. Mais le médecin, qui aurait pris ou qui prendra vingt tabétiques ou vingt paralytiques généraux, qui les divisera en deux séries, traitera les uns par le mercure à doses élevées, laissera les autres sans traitement et publiera les résultats d'une manière intégrale, aura démontré la vérité d'une manière plus simple et la rendra évidente *aux yeux de tous*. Un seul travail peut donc vider définitivement la question de la nature syphilitique et de la curabilité du tabès et de la paralysie générale, et établir la vérité dans un sens ou dans un autre. Ici encore, on

voit quelle est l'importance de l'emploi d'une méthode scientifique.

Ces exemples suffisent à montrer combien l'usage de la méthode de comparaison peut être précieux en thérapeutique et qu'il est quelquefois même nécessaire pour qu'une vérité individuelle, celle de l'auteur qui l'a énoncée, devienne une vérité *collective, reconnue* et *acceptée*. Que cette méthode ne soit pas assez employée, c'est évident, je viens d'en donner un exemple à propos du tabès et de la paralysie générale. Des statistiques très intéressantes dues à Dinkler, à Bockhart, seraient beaucoup plus probantes qu'elles ne le sont, si ces auteurs n'avaient pas traité tous les tabétiques qu'ils ont observés, mais seulement la moitié par le mercure, traitant les autres par un autre des procédés anciens. Lorsque je me suis occupé du traitement du lupus, j'ai montré qu'une des difficultés d'établir la supériorité d'une méthode sur une autre, était due à ce qu'elles n'avaient jamais été étudiées simultanément. En fait, un procédé thérapeutique n'est jamais bon en soi, et ne peut l'être que d'une manière relative. Et le progrès en thérapeutique, se faisant toujours par la substitution d'une méthode meilleure à une méthode moins bonne, on ne peut établir la supériorité de la première avant que les résultats de la seconde aient été scientifiquement établis. Très peu étant jusqu'ici dans ce cas, il est souvent nécessaire d'en étudier deux d'une manière simultanée (1).

L'importance de la méthode de comparaison est d'éliminer

(1) Je ne voudrais pas qu'on donne à ces propositions un caractère absolu, et qu'on m'accuse de ne pas reconnaître d'autres moyens d'établir la vérité en thérapeutique. Je n'en vois pas d'autres en ce moment, mais je serais heureux que mon travail soit critiqué et complété. Dans les observations sans comparaison, l'erreur est extraordinairement facile. Par exemple, une maladie de longue date, un symptôme de date ancienne, sont brusquement guéris par un traitement déterminé. Il y a par là même, en faveur de ce traitement, une présomption, mais rien de plus; car, même alors, il peut s'agir d'une coïncidence. Dans deux observations semblables même, il peut s'agir également de coïncidence, si l'auteur ne fait pas mention de la totalité des cas qu'il a observés, *ce qui devrait être une règle absolue.*

le rôle du hasard et des effets curatifs naturels, qui jouent un tel rôle dans la guérison des maladies quelles qu'elles soient. Si chacun de nous veut bien réfléchir aux critiques qu'il a faites de tel ou tel travail, il verra que souvent cette objection s'est présentée à son esprit. Or, il importe à chacun de n'être pas victime lui-même des coïncidences. La première condition est, je crois, de ne jamais fonder un jugement sans pouvoir l'appuyer sur un grand nombre de cas. La seconde de comparer les résultats d'un traitement aux résultats du non-traitement ou d'un autre traitement

°°°

Quelles conclusions peut-on tirer de ce qui précède et quel est l'objet de cette communication !

Je crois qu'en médecine nous nous préoccupons souvent trop de beaucoup travailler et pas assez de bien travailler. Et il y a trop peu de travaux qui résistent au temps et aient en eux-mêmes une valeur définitive. Parmi le nombre énorme de notions que nous acquérons, combien y en a-t-il de certaines?

La vérité est difficile à trouver aujourd'hui, en raison du trop grand nombre de documents; il en est en médecine comme en histoire, et la presse médicale n'a rien à envier à la presse politique, l'une et l'autre sèment largement l'erreur. Les travaux de médecine s'entassent, et chacun est souvent le produit d'un autre travail, sans que la réflexion de l'auteur, son effort réel aient une part suffisante. Et entre des faits opposés, des affirmations contradictoires, l'esprit adopte souvent une opinion moyenne qui est presque nécessairement dans presque tous les cas une erreur.

Il serait bon qu'il n'en soit pas toujours ainsi, que la vérité et l'erreur soient démontrées par tous les moyens possibles, que le médecin puisse enfin penser librement, sur des faits positifs et acquis, et que, sa mémoire allégée, il puisse réfléchir. Il serait bon que la bibliographie soit réduite aux œuvres qui apportent des faits nouveaux, des idées nouvelles, avec les éléments de démonstration nécessaire, et aux œuvres presque aussi utiles, plus utiles

parfois qui démontreront des erreurs et les feront disparaitre.

Pour traiter les malades, pour agir médicalement, le médecin devrait avoir des bases qu'il ne trouve pas dans tous les auteurs qui parlent de thérapeutique... Il serait utile qu'il ait des points de départ fermes, et que tous puissent travailler et faire effort en partant de faits acquis. Il serait utile que chacun s'efforçât de fournir toutes les preuves à l'appui des idées et des faits qu'il avance, et de donner aux autres des éléments de jugement positifs et de critique réelle. L'emploi de la méthode de comparaison en thérapeutique remonte au début de cette science, et j'ai seulement pour but de montrer qu'elle doit être employée le plus souvent possible, et sous une forme précise qui n'est malheureusement pas adoptée en général.

Il serait utile que chacun ne considère pas la vérité comme démontrée pour lui-même, tant qu'il ne peut la démontrer entièrement à d'autres. A rester dans le doute scientifique volontairement, systématiquement, jusqu'au moment où la vérité est devenue d'une absolue évidence, tous y auraient peut-être avantage, et il importe de plus en plus d'adopter en médecine des procédés qui peuvent la rapprocher des sciences exactes.

Discussion.

M. Bardet. — Les idées générales que vient de nous exposer M. Leredde sont certainement intéressantes. Notre jeune collègue, qui a le bonheur de ne point être encore atteint par le scepticisme, voudrait voir mieux ordonnées les recherches thérapeutiques et n'est point satisfait de la façon dont elles s'opèrent; il a parfaitement raison. Certes quand on voit sur quelles bases le progrès a été obtenu en médecine, on est étonné de la valeur des résultats, car il faut avouer qu'il y a dans les choses une incohérence merveilleuse. Mais, malgré tout, le progrès a marché et nous sommes plus avancés qu'autrefois, ce qui doit nous porter à l'indulgeuce pour les vieilles méthodes, ce qui ne veut pas dire que l'on ne puisse avantageusement chercher mieux.

Je reconnais que Leredde a raison de demander plus de circonspection dans la manière de chercher les résultats thérapeutiques, et de bonne grâce je lui concède que la méthode de comparaison peut avoir des avantages. Certainement elle aurait pour premier effet de préserver de l'emballement et du préjugé. Remarquons en effet que nous ne connaissons jamais que les résultats positifs des essais, ce qui est un tort, car les mathématiques nous prouvent que les résultats négatifs valent les positifs; mais c'est justement là que gît la difficulté; notre science médicale est loin d'être assise, nous tâtonnons toujours, et l'heure est loin d'être venue où nous pourrons agir scientifiquement. Ainsi, M. Leredde nous cite comme exemple les progrès considérés par lui comme acquis dans l'emploi des injections mercurielles, eh bien, savez-vous la conclusion que j'ai tirée de la longue discussion à laquelle nous avons assisté dernièrement? c'est que la question loin d'être résolue est à peine posée. La vérité est claire et lumineuse, la vérité ne peut pas être contredite, elle s'impose : or, chaque orateur a soutenu âprement sa conviction, sûr de son fait, mais le contradicteur était tout aussi assuré. J'en conclus qu'aucun n'a pu apporter l'argument décisif.

A cela il y a une raison, c'est que l'étude du médicament est complexe, les recherches qui sont faites sur le malade devraient être régulièrement précédées d'une étude approfondie sur l'animal, d'une étude complète au laboratoire. Le clinicien intervenant en connaissance de cause pourrait alors le faire avec fruit. Malheureusement nous sommes loin d'en être là, et pour des raisons matérielles, nous manquons de laboratoires, nous manquons de personnel discipliné. J'irai plus loin, même dans nos services nous manquons de personnel accoutumé et préparé à l'expérimentation et à l'observation.

Par conséquent, pour pouvoir être appliqué, le beau programme, l'excellent programme de M. Leredde demanderait à être élargi et surtout il implique des réformes complètes dans notre organisation scientifique. Enfin, ce programme me paraît en lui-même insuffisant, car je ne me contente pas d'une double

série de comparaisons pour baser une affirmation solide; nous connaissons tous les séries, à tout instant nous voyons notre opinion contredite par une série opposée, élément qui trouble singulièrement l'appréciation. Trop d'inconnues sont encore mélangées à nos connaissances pour que nous puissions espérer voir de sitôt la thérapeutique prendre les allures mathématiques d'une science vraiment exacte.

M. Leredde. — Je suis d'accord avec M. Bardet sur presque tous les points, mais je crois qu'avant de songer à révolutionner les conditions matérielles de travail, en général, il faut commencer par des réformes individuelles : si nous avons des idées que nous croyons justes et si elles ne sont pas acceptées, nous devons nous accuser nous-mêmes de cet insuccès. En tout cas, il faut, bien plus que jusqu'ici, faire usage des méthodes comparatives et conserver, à l'égard des découvertes que l'on fait, un doute philosophique empêchant d'adopter une conclusion avant qu'elle ne soit absolument évidente (1).

Il est facile, si l'on veut éliminer les hasards d'une série heureuse, de ne pas donner, par exemple, à dix typhiques le même médicament; on ne l'expérimentera que sur cinq sujets, en réservant les autres comme témoins. En un mot, nous devons toujours chercher à conserver tous les éléments d'une démonstration vraiment scientifique, et ne pas nous borner à publier des faits que d'autres expérimentateurs pourront de suite contredire.

---

(1) Beaucoup de communications précipitées parfois pleines d'erreurs sont dues à ce que le médecin considère une découverte scientifique comme l'effet du hasard, et craint qu'une idée, qu'un fait nouveau ne soit découvert avant lui par d'autres. Il faut reconnaître, du reste, que le public médical a une tendance inconsidérée à accepter avec enthousiasme l'annonce d'une découverte, surtout en thérapeutique, et n'apprécie pas suffisamment la valeur de travaux de contrôle qui mettent les questions au point, fixant les indications et les contre-indications exactes.

II. — *Traitement des tuberculoses locales par l'iodoforme en dissolution dans le naphtol β camphré,*

par M. Ed. Desesquelle.

J'ai lu dernièrement, dans le numéro du 18 janvier 1903 de la *Presse médicale belge*, une communication faite à la Société médico-chirurgicale du Brabant (séance du 30 décembre 1902), par M. le Dr Van Langendonck et intitulée : *Quelques mots à propos des injections modificatrices des tuberculoses locales.*

« L'an dernier, dit l'auteur, je préconisai dans le traitement des tuberculoses ouvertes, les injections de naphtol camphré à l'exclusion de l'iodoforme. Cette proscription d'un antiseptique dont l'usage est, à bon droit, si répandu, était motivée par ce fait qu'aucun véhicule, à part l'éther dont j'ai démontré les multiples inconvénients, ne dissout l'iodoforme. Faute d'un dissolvant pratique on était obligé de se servir de l'iodoforme en suspension dans un liquide. Par la pesanteur, l'iodoforme, avions-nous dit, se dépose plus ou moins loin dans les fistules sans pénétrer, ou rarement, dans la profondeur des tissus. De là, multiples échecs, guérisons apparentes, la partie externe de la fistule étant seule soumise à l'action de l'agent curatif et la lésion elle-même y étant le plus souvent soustraite. Frappé de ces inconvénients, j'ai tâché de trouver à l'iodoforme un véhicule qui le dissolve parfaitement. Après quelques tâtonnements, je me suis aperçu qu'il ne fallait pas chercher bien loin et que le naphtol camphré lui-même dissout complètement l'iodoforme, etc... Je signale l'existence de cette dissolution, persuadé qu'elle peut être employée utilement non seulement dans le traitement des lésions tuberculoses, mais aussi en chirurgie générale et en gynécologie. »

M. Van Langendonck vient un peu tard nous signaler cette intéressante propriété que possède le naphtol camphré de dissoudre l'iodoforme.

En 1897, à la suite des discussions qui ont eu lieu à la Société de chirurgie sur le choix des substances modificatrices dans le traitement des tuberculoses locales (éther iodoformé, naphtol β camphré, etc.), M. le professeur Berger, a présenté, de ma part, à cette Société une note sur le naphtol β camphré iodoformé, et les avantages que la chirurgie pouvait en retirer.

J'ai publié depuis un article *sur les solutions d'iodoforme et leurs applications thérapeutiques* dans le numéro du 11 septembre 1901, du *Bulletin médical* et dans le *Bulletin des sciences pharmacologiques*, 1901, IV, 241. J'ai dressé, dans cet article, une liste de quelques substances qui avaient la propriété de dissoudre l'iodoforme, telles que le sulfure d'allyle, le salicylate de méthyle, le menthol en fusion, certains phénols en fusion (phénol, thymol, résorcine, gaïacol, etc.), les phénols camphrés (phénol camphré, naphtol β camphré, thymol camphré, salol camphré, etc.), et j'appelai l'attention des médecins sur les applications que ces solutions peuvent recevoir en thérapeutique.

« Pour ma part, disais-je, j'ai employé, avec succès le naphtol β camphré iodoformé dans le traitement des plaies suppurées et particulièrement dans celui des adénites cervicales tuberculeuses (1)..... La quantité de liquide varie suivant le volume du ganglion. Je n'ai jamais dépassé la dose d'un cinquième de centimètre cube (soit VIII gouttes de naphtol β camphré iodoformé) : ce qui correspond très approximativement à 0 gr. 20 de naphtol camphré et à 0 gr. 015 d'iodoforme. » (Je ne cite qu'un extrait de mon article.)

« On peut recourir aussi à cette solution d'iodoforme dans le naphtol camphré, disais-je en terminant, pour tous les cas de tuberculose locale où le naphtol camphré a été employé jusqu'ici avec succès. On pourrait aussi remplacer, dans ma formule, le naphtol β camphré par le thymol camphré qui a été préconisé par

(1) Je me sers d'une solution d'iodoforme à 1/15 dans le naphtol β camphré dont il faut XLII gouttes pour faire 1 cc.

M. Ménard, de Berck. Outre les avantages qu'il tient de son état liquide, le naphtol camphré iodoformé représente une triade médicamenteuse dans laquelle l'association de trois substances doit, par une action réciproque, exalter la puissance antiseptique de chacune d'elles suivant une loi formulée par mon maître, M. le professeur Bouchard. Dans le traitement des adénites tuberculeuses les bons résultats obtenus sont également dus pour la plus large part à l'action sclérogène du naphtol qui a été démontrée par le même savant (1).

Si je rappelle ces faits, ce n'est pas tant dans le but d'une vaine réclamation de priorité pour une petite découverte qui n'offre d'ailleurs qu'un intérêt pratique. En Belgique, pas plus qu'en France, on n'est obligé de lire tous les journaux de médecine ou de pharmacie et les comptes rendus de toutes les sociétés. Mais il m'a paru bon de saisir cette occasion pour attirer de nouveau l'attention sur un médicament qui ne parait pas suffisamment connu et mériterait de prendre place dans la thérapeutique antiseptique et en particulier dans le traitement des tuberculoses locales.

III. — *L'anesthésine en rhino-laryngologie*,

par A. Courtade.

J'ai expérimenté dans la pratique rhino-laryngologique un anesthésique local encore peu répandu qui, au point de vue chimique, est un éther para-amidobenzoïque et qui est connu dans le commerce sous le nom d'anesthésine; ce sont les résultats que j'en ai obtenus que j'ai l'honneur de vous soumettre.

L'anesthésine découverte par Ritsert en 1890 n'attira pas, tout d'abord, l'attention à cause de sa faible solubilité dans l'eau; mais la vogue de l'orthoforme qui présente cependant ce même

(1) *Leçons sur la thérapeutique des maladies infectieuses*, 1889.

désavantage, la tira de l'oubli, et des essais répétés furent faits en Allemagne, par Noorden, Dunbar, Lengemann, etc. ; les résultats en furent satisfaisants.

Sa solubilité n'est que de 1 p. 800 dans l'eau froide, mais il se dissout facilement dans l'alcool, l'éther, le chloroforme, l'acétone, les graisses et les huiles.

L'anesthésine fond à 89°5 ; quand on expose à la chaleur un peu de cette poudre sur une spatule de platine, elle fond et se volatilise entièrement, tandis que l'orthoforme, traité de la même façon laisse un résidu charbonneux.

Nous avons fait quelques recherches sur sa solubilité et nous avons constaté qu'elle se dissout dans la glycérine chaude, mais se précipite quand la température de la solution s'abaisse; cependant cette dernière est encore limpide lorsque la température est tolérable à la main.

Un mélange d'anesthésine et d'acide phénique neigeux fond à la chaleur pour former un liquide très limpide qui se solidifie quand le mélange se refroidit; si, lorsque le mélange ou la combinaison d'anesthésine et d'acide phénique est liquide, on ajoute de l'eau chaude, il y a séparation d'un produit pulvérulent qui, probablement, est constitué par l'anesthésine ; si, au contraire, on ajoute de la glycérine, la solution reste liquide et claire, même à la température ordinaire.

Dans nos essais cliniques nous nous sommes servi du produit à l'état pulvérulent. Chez un jeune homme de quatorze ans à qui nous avons cautérisé les deux amygdales, nous avons porté, avec un tampon d'ouate, un peu de poudre d'anesthésine sur l'amygdale droite, laissant la gauche intacte ; la cautérisation fut indolore pour le côté droit et très sensible pour le côté gauche; le jeune homme n'était pas prévenu que l'amygdale gauche n'était pas anesthésiée et, par conséquent, il y a lieu d'éliminer la suggestion dans son appréciation.

Du reste, quand on dépose sur la langue un peu de poudre d'anesthésine, on éprouve, au bout de une à deux minutes, une diminution très notable de la sensibilité sur la partie touchée.

A une femme de trente-huit ans, atteinte de laryngite tuberculeuse avec dysphagie si douloureuse que la malade redoutait d'avaler et, par ce fait seul, dépérissait rapidement, faute de nourriture, nous avons fait une insufflation d'anesthésine dans le larynx; aussitôt la déglutition fut indolente et resta telle pendant quarante-huit heures environ; même huit jours après, quand nous avons revu la malade, le passage des aliments n'était pas redevenu aussi douloureux qu'avant l'unique insufflation que nous avions faite.

Nous l'avons encore employée chez un homme de trente-quatre ans atteint de syphilis depuis dix mois et qui présentait sur le pilier postérieur gauche une ulcération peu profonde, qui, malgré le traitement interne, persistait depuis plus de quinze jours; elle donnait lieu à des douleurs si violentes pendant la déglutition que le malade ne mangeait que le moins possible; une salivation si abondante qu'il était obligé de cracher à chaque instant ne lui laissait guère de repos, la nuit, depuis huit jours.

Pensant que l'ulcération n'était pas de nature spécifique bien que le terrain sur lequel elle évoluait le fût, nous la badigeonnous avec une solution de bleu de méthyle au 20e.

Quand nous revoyons le malade, huit jours après, les douleurs sont un peu moins vives depuis quelques jours; c'est ce même jour que nous saupoudrons l'ulcération d'anesthésine : un quart d'heure après le malade pouvait déjeuner sans ressentir de douleurs; une deuxième application que se fit la malade vers 4 h. 1/2 du soir produisit l'insensibilité à la déglutition de la salive et des aliments jusqu'à 9 heures du soir.

Cette ulcération du pilier postérieur, sur la nature de laquelle l'examen microscopique de l'exsudat aurait pu seul établir le diagnostic, guérit huit jours après; le malade continuait à souffrir, mais plus profondément. A l'examen, laryngoscopique on constate une infiltration de toute l'épiglotte et l'existence de petites ulcérations superficielles; la région interaryténoïde, les cordes vocales fausses et vraies sont normales.

Une insufflation de poudre d'anesthésine a permis au malade

de déjeuner sans douleur et de dîner sans trop de souffrances.

Nous nous en tiendrons à ces quelques observations qui démontrent d'une façon typique l'effet anesthésique du nouveau médicament et aussi son innocuité, car nous l'avons encore employé en insufflation dans la gorge, quand le miroir laryngoscopique était mal toléré.

Dans tous les cas où nous avons eu recours à l'anesthésine nous l'avons employée à l'état pulvérulent soit en application simple à la surface de l'organe à anesthésier, en nous servant d'un tampon d'ouate, soit en projetant la poudre avec un insufflateur; dans aucun des cas il n'y a eu le moindre symptôme d'irritation ou d'intolérance.

Dans les laryngites accompagnées de dysphagie douloureuse Kessel emploie l'anesthésine en solution dans l'huile d'olive suivant la formule ci-dessous :

Anesthésine......................	20 gr.
Menthol..........................	10 à 20 »
Huile d'olives....................	100 »

Le menthol peut être supprimé de la formule s'il est mal toléré ou s'il est inutile.

Dans ces cas, nous croyons qu'il est plus simple d'aspirer le médicament en nature plutôt que de se servir d'une solution huileuse qui présente des inconvénients.

L'anesthésine a été employée, non seulement en applications externes ou en injections sous-cutanées, mais encore à l'intérieur pour combattre les douleurs stomacales de l'ulcère rond; on trouvera dans la littérature médicale les diverses applications qui ont été faites de ce produit, applications sur lesquelles nous n'avons aucune expérience.

IV. — *Note sur les effets thérapeutiques de l'extrait intestinal total dans diverses modalités d'insuffisance intestinale,*

par M. Sardou (de Nice).

M. Sardou. — Les difficultés du traitement de certaines constipations et des entérites m'ont conduit à faire en 1900 une tentative thérapeutique d'opothérapie intestinale par la voie sous-cutanée. Quelques mois après, en ayant obtenu de très sérieux résultats, j'appris du professeur Gilbert qu'il avait antérieurement employé lui-même ce moyen, sous forme d'extrait sec donné par la bouche, et cité ces faits au Congrès de Toulouse et dans sa monographie sur l'opothérapie publiée avec M. Carnot en 1898.

Dès lors, cette forme sèche a été également essayée. Toutes deux ont été préparées suivant les méthodes générales habituelles; elles représentent un extrait intestinal total.

Presque toujours l'extrait intestinal n'a été employé qu'après essai préalable et infructueux des moyens usuels.

Le nombre des cas est actuellement de 140, le chiffre des succès et insuccès est impossible à donner exactement à cause de la complexité de beaucoup de faits. Le nombre des insuccès peut être d'une façon très approximative évalué à 20.

L'extrait a été donné dans les catégories de cas suivantes: constipation simple, constipation avec entérite muco-membraneuse, entérite sans constipation, poussée d'entérite aiguë dans le cours d'une entérite muco-membraneuse, auto-intoxications d'origine intestinale de formes diverses avec mise en jeu de phénomènes morbides concernant des appareils autres que le tube digestif, et quelquefois évoluant ensuite pour leur propre compte, dyspepsie intestinale, lientérie, certaines diarrhées chroniques, appendicite consécutive à la constipation et à l'entérite muco-membraneuse; lientérie et certaines dyspepsies intestinales de l'enfance.

De l'étude de ces faits, assez prolongée pour un grand nombre, trop courte pour d'autres, avec toutes les réserves que comporte une première publication hâtée par les circonstances, il parait résulter les propositions suivantes qui seront étayées ultérieurement par les observations mêmes.

L'extrait sec en ingestion agit moins puissamment que l'extrait liquide en injection sous-cutanée ; le premier suffit souvent pour les cas simples ; quand il a échoué, ou ne produit pas d'effet persistant, l'injection sous-cutanée permet en général d'obtenir un résultat plus marqué et plus durable.

Ni l'un ni l'autre n'ont jusqu'à présent déterminé d'inconvénient sérieux ; un seul cas d'érythème fugace autour du point d'injection a été vu une fois dans le cours d'un traitement. Les injections sont moins douloureuses à quantité égale que celles de sérum artificiel; elles laissent généralement moins d'induration. Dans les cas simples de constipation caractérisés par l'évacuation difficile ou impossible sans moyens artificiels, de matières dures, ovillées, l'extrait amène au bout d'un temps variable le rétablissement progressif de la sécrétion intestinale, le retour de la consistance et de la forme normale permettant la selle spontanée si l'effort expulsif est suffisant.

Quand il s'y joint de l'entérite muco-membraneuse, les peaux et les glaires diminuent peu à peu et disparaissent dans un ordre variable.

Il n'y a pas d'action directe sur la musculature de l'intestin, l'atonie n'est pas modifiée d'abord, mais il a paru que l'amélioration des autres facteurs de la constipation ou de l'entérite amenait à la longue une modification secondaire de cet élément dans certains cas.

Les poussées aiguës d'entérite avec selles glaireuses, liquides, sanguinolentes, lientériques, avec fièvre et phénomènes généraux graves ont été arrêtées en peu de jours; ces faits ont été généralement observés dans le cours d'une entérite muco-membraneuse chronique.

Des innombrables formes cliniques de l'auto-intoxication

d'origine intestinale, avec les modalités diverses que lui impriment les tares individuelles et les circonstances extérieures, toutes celles qui se sont présentées à mon observation, ont bénéficié dans une mesure quelconque du traitement causal par l'extrait. C'est souvent grâce à lui seulement qu'il a été possible, après bien des tentatives diverses, d'atteindre et de modérer des complications dont la prépondérance avait depuis longtemps fait perdre de vue et méconnaître le *primum movens*. Dans la complexité de tels faits, le rôle d'un seul élément du traitement est assurément difficile à apprécier, et ce n'est que par l'analogie des résultats observés dans les cas simples qu'il est permis de conclure de l'effet à la cause.

Sur le nombre déjà important des malades suivis, les cas intermédiaires n'ont pas manqué.

C'est ainsi que des bronchites à répétition, des bronchorrées, des crises de dyspnée paroxystique, des phénomènes fonctionnels gastriques, hépatiques, cardiaques et nerveux, des éruptions cutanées diverses (eczéma, acné, érythème) ont pu être amendés partiellement ou disparaître avec ou sans retour, parallèlement ou consécutivement à l'amélioration du syndrome intestinal.

Parmi les phénomènes morbides tenant au tube digestif lui-même, la lientérie, observée soit dans le cours d'une entérite muco-membraneuse, soit pendant une poussée d'entérite aiguë avec suppression passagère presque complète de la fonction digestive dans le tube intestinal rendu inerte, a été presque toujours heureusement modifiée.

C'est souvent une des premières améliorations observées dans l'entérite muco-membraneuse lorsque certains aliments végétaux sont rendus intacts. Dans quelques cas où ce phénomène de dyspepsie intestinale dominait la scène, sa disparition a pu être obtenue et a été naturellement suivie d'un amendement général des autres symptômes.

Une mention particulière est justifiée pour quatre cas d'appendicite très caractérisés ayant présenté des crises à répétition avec fièvre dans le cours d'une constipation avec entérite muco-mem-

braneuse et voués à l'intervention à froid, qui ont vu la douleur caractéristique, permanente jusque-là, céder lentement à la suite de la guérison de l'affection causale.

Chez les enfants, le plus jeune ayant seize mois, l'extrait sous forme de poudre mélangée à un aliment habituel a donné de bons résultats dans les mêmes cas que chez l'adulte (constipation, dyspepsie intestinale, entérite, lientérie).

Dans quelques cas de diarrhée chronique, les uns consécutifs à la constipation, les autres sans liens nets avec d'autres phénomènes morbides antérieurs, l'administration de l'extrait a produit manifestement, comme dans l'entérite aiguë une diminution du nombre des selles, une modification en mieux de la nature des matières, une amélioration de l'état général et de certaines localisations qui étaient sous sa dépendance. Ces faits sont les moins nombreux : ils sont des plus importants pour la conception générale du pouvoir thérapeutique de l'extrait. Ils resteront difficiles à interpréter et nettement différenciés de tous ceux qui, avec une apparence clinique analogue, s'en séparent par leur nature et peuvent obéir aux mêmes influences modificatrices.

Les recherches expérimentales, déjà publiées, sur l'isolement et l'action physiologique de certains produits de la sécrétion intestinale, n'ont pas besoin d'être rappelées dans cette étude purement clinique.

Le temps nécessaire, les doses ont été essentiellement variables, tantôt par séries, tantôt continues avec ou sans l'aide d'autres agents médicamenteux ou physiques. Souvent l'évacuation des matières trop dures doit être demandée pendant un certain temps à des moyens divers au début du traitement. Les quantités ont varié entre 0,30 d'extrait sec et douze doses de 0,40, entre une ampoule d'extrait liquide de 3 cc. tous les deux ou trois jours et trois ampoules de 5 cc. par jour.

Comme pour tout autre agent thérapeutique, une certaine expérience est indispensable pour adapter le moyen au cas individuel, et tel fait où le traitement avait échoué une première fois, faute

d'une surveillance suffisante, a été un succès après une tentative ultérieure mieux dirigée. Lorsque le traitement a été suffisamment prolongé, l'effet survit quelquefois longtemps à la période d'administration.

L'affaiblissement de son action par l'accoutumance est relativement rare, plus souvent le résultat s'accentue avec le temps, et les doses d'abord croissantes peuvent être ensuite diminuées et le succès acquis entretenu par de très faibles doses, ou par des séries successives moindres comme quantité et comme durée.

On pourra conclure que l'extrait intestinal n'est pas un laxatif destiné à produire une selle à brève échéance après son administration, mais un agent physiologique capable de rendre à l'intestin une partie de son fonctionnement normal altéré dans des sens divers. Et si cette action, qui tantôt augmente la sécrétion et tantôt la modère, qui modifie le pouvoir digestif et sans doute d'autres propriétés moins faciles à reconnaître, qui, sous ces diverses modalités, apparait comme celle d'un régulateur tendant à ramener vers le type normal, exaltant la défense du tube intestinal à l'égard de son contenu, soit par l'amélioration de l'ensemble de ses fonctions, soit aussi en particulier par une influence spéciale sur le pouvoir isolant des épithéliums qui le rendent étanche, si cette action multiple est confirmée par une expérience plus prolongée et plus étendue, l'extrait intestinal pourra mériter d'être appelé le médicament physiologique de l'insuffisance intestinale.

M. Hallion. — La communication de M. Sardou est des plus intéressantes au point ce vue pratique. Elle ne l'est pas moins au point de vue physiologique.

Il est curieux de voir un même extrait opothérapique amender, suivant les cas, les phénomènes pathologiques d'ordre non seulement différent, mais opposé, tels que la constipation et la diarrhée. Cette propriété véritablement régulatrice, qui appartient spécialement à certains produits organiques, et qui, réprimant tel processus lorsqu'il s'exagère, l'exalte au contraire lorsqu'il

s'amoindrit, nous semble aujourd'hui moins paradoxale, sinon moins mystérieuse, qu'elle ne l'aurait paru naguère. On connaît, en effet, dans l'action des ferments solubles observée *in vitro* ou dans l'intimité des tissus, des faits de cette sorte, qu'on ne s'étonnera pas de retrouver dans l'action thérapeutique des extraits d'organes convenablement obtenus.

Discussion.

M. du Castel. — M. Sardou a-t-il fait usage d'extraits composés selon les règles ?

M. Hallion. — M. Sardou s'est servi, pour les injections sous-cutanées, d'extraits préparés par la méthode de Brown-Séquard et d'Arsonval, c'est-à-dire par macération glycérinée; on étend ensuite cette macération d'eau salée physiologique.

M. du Castel. — A-t-on utilisé de l'extrait d'intestin grêle et de gros intestin ?

M. Hallion. — Nous nous servons d'extrait total : jusqu'ici, nous n'avons pas encore différencié les divers extraits, mais il est certain qu'il y aurait grand intérêt à les dissocier, et j'ai entrepris l'étude de cette question. Les fonctions de chaque segment intestinal sont différentes de celles des autres segments, il est donc vraisemblable d'admettre que chaque extrait aurait une action spéciale.

M. Barbier. — Je ne dispose jusqu'ici que d'une seule observation, concernant une névropathe entéralgique, avec entérite muco-membraneuse ayant résisté à tous les traitements. L'eukinase, en huit ou dix jours, a provoqué une amélioration considérable, et la constipation a cédé. Il s'agit aujourd'hui de savoir si cet effet est définitif, et si l'on ne sera pas obligé de recommencer sous peu à administrer le médicament.

M. Hallion. — Le nombre de mes observations est encore insuffisant pour me permettre de résoudre cette question. Aujourd'hui, nous ne pouvons articuler qu'un seul fait : les malades peuvent être rangés en deux catégories. L'eukinase

donne d'emblée des résultats remarquables, ou bien elle échoue entièrement.

Il faut en inférer que la constipation relève de pathogénies diverses : dans nos cas restés réfractaires, d'autres extraits que celui que nous employons seront peut-être efficaces.

Au point de vue de la durée de l'effet thérapeutique, j'ai constaté qu'on peut, au bout de quelque temps, réduire les doses, supprimer même la médication, sans que pour cela les résultats se modifient. L'eukinase présente, sous ce rapport, un mode d'action bien spécial, singulier, pour ainsi dire, et M. Sardou, fait allusion à ce phénomène dans son travail.

Dans la plupart des cas, une fois l'effet obtenu, on peut supprimer progressivement, sans crainte de récidive rapide, le médicament. Des faits analogues ont d'ailleurs été notés pour d'autres extraits organiques.

M. Barbier. — Il faudrait donc admettre que l'eukinase provoque une restauration de la fonction fermentative; je ne pouvais guère soupçonner cette action *à priori*, car on sait que dans la myxœdème, par exemple, l'effet curatif de l'extrait thyroïde ne se maintint qu'autant qu'on continue la médication.

M. Hallion. — Je dispose aujourd'hui de deux cas, où les effets de l'eukinase ont persisté, malgré suppression du médicament.

V. — *De l'iodure de potassium dans le traitement de la paralysie générale,*

par M. Albert Robin.

A plusieurs reprises j'ai déjà signalé les inconvénients de la médication iodurée dans le traitement de la paralysie générale, et plus je vais et plus j'ai l'occasion de relever des observations qui me confirment dans cette manière de voir.

La paralysie générale est une des affections organiques contre

laquelle nous sommes le plus désarmés, et la notion de son origine syphilitique presque constante, semble conduire directement le médecin à l'emploi de la médication, dite mixte, c'est-à-dire mercurielle et iodurée. J'ai fait comme tout le monde, j'ai utilisé l'iodure de potassium contre la paralysie générale. Or, j'en suis encore à chercher un seul cas où le médicament ait donné un résultat, si minime qu'il soit, tandis que je connais déjà nombre de faits où l'iodure de potassium fut hautement et gravement préjudiciable.

Ainsi, il y a quelques années, j'ai vu avec mon collègue M. Magnan et le Dr Ladame, de Genève, un paralytique général au début, auquel nous prescrivîmes de l'iodure de potassium, espérant que les phénomènes encore peu accentués pouvaient être modifiés par cette médication.

Au bout d'un mois de traitement régulier, le malade fut pris de crises épileptiformes que l'on attribua naturellement à l'affection elle-même. Cependant le médecin traitant, M. Ladame, eut un soupçon de causalité thérapeutique et décida la suppression du traitement ioduré. Coïncidence ou effet réel, les crises disparurent. Peu après, un autre médecin, appelé à voir le malade, ordonna à son tour l'iodure de potassium : les crises reparurent aussitôt et ne cédèrent qu'à une nouvelle suppression. Une reprise de la médication iodurée faite à quelques mois d'intervalle eut le même résultat. Il paraît évident que, dans ce cas, l'iodure de potassium produisit des effets fâcheux, car il serait difficile d'admettre des coïncidences aussi régulières.

Je puis encore citer le cas d'un paralytique général syphilitique également au début que je vis l'année suivante à Paris : il s'agissait d'un Américain au début de la redoutable affection. Quoique défiant à l'égard du médicament, j'instituai le traitement mixte avec iodure de potassium et je constatai bientôt une crise aplopectiforme. A plusieurs reprises le traitement fut repris et chaque fois l'on eut à constater des crises du même genre, qui ne se reproduisaient pas quand l'iodure était supprimé. Ces exemples me servirent et, depuis, j'ai eu plus d'une

fois l'occasion de reconnaître que l'iodure de potassium était loin d'être inoffensif chez les paralytiques généraux. J'estime donc que l'on doit se montrer très réservé dans son emploi, même lorsque l'origine syphilitique de la maladie n'est pas douteuse.

Si l'iodure de potassium avait fourni des résultats remarquables contre les phénomènes de sclérose de la paralysie générale, on aurait le droit de se montrer moins circonspect, mais, en réalité, il est loin d'en être ainsi; pas plus que les autres médications, la médication iodurée ne s'est montrée vraiment active contre la paralysie générale; aussi, a-t-on le devoir d'employer avec moins de tranquillité une méthode qui paraît capable d'exercer à l'occasion une action aussi défavorable.

Discussion.

M. Danlos. — Il y a quelque temps, M. Albert Robin a déjà dit quelques mots sur ce sujet dans cette enceinte, et j'avais, à ce moment, chez un paralytique général de mon service, sujet à des attaques apoplectiformes, supprimé la médication iodurée et administré uniquement des injections de calomel (une injection de 0 gr. 10 deux fois par semaine). Le malade reçut en tout dix injections : malgré ce traitement intensif, les attaques apparurent tous les cinq à six jours, comme auparavant. La suppression de la médication iodurée n'a donc exercé aucune influence, dans ce cas particulier, sur la marche de la maladie.

M. A. Robin. — Je me garderai bien de généraliser les résultats observés par moi : je n'ai voulu qu'apporter à la Société des documents qui me semblent démonstratifs.

M. Jullien. — Si la communication de M. Albert Robin est courte, son importance est considérable. Elle s'attaque à l'iodure dont la nécessité, l'indispensabilité est encore un dogme accepté par la généralité des praticiens.

Et pourtant qu'elles sont fréquentes les circonstances dans les-

quelles, nous voyons l'action du spécifique rester en échec ou tourner à l'encontre de nos efforts!

Notre collègue a dit excellemment ce qu'il y avait à dire à propos de certains accidents cérébraux et j'y souscris pleinement. Mais considérons une autre localisation du processus, je veux parler des néoplasmes ulcérés de la bouche. Est-ce qu'il n'est pas de pratique courante de soumettre les accidents d'abord à l'action de l'iodure? Pour peu qu'on ait des doutes sur leur véritable nature, on institue ce traitement, et on le continue avec insistance. Or que se passe-t-il? Le sel ne guérit pas, bien plus il aggrave le mal. Sous son influence, toutes les sécrétions des glandes buccales s'exagèrent, un véritable catarrhe remplit incessamment la bouche d'un flot de mucus septique et irritant. La sensibilité des tissus s'exagère, les parties se tuméfient et deviennent douloureuses, l'iodure a joué le rôle d'un véritable coup de fouet donné à la maladie. Au contraire les injections mercurielles agissent rapidement sur les infiltrats syphilitiques, tandis que les cancers n'en sont nullement aggravés; en quinze jours au plus la lumière est faite, et la chirurgie peut intervenir à temps.

C'est pourquoi je dis que M. A. Robin a bien fait d'ébranler une croyance aussi universelle qu'erronée, à laquelle les succès du calomel dans le tertiarisme avaient déjà porté un premier coup. Sans doute il reste encore des indications à l'iodure, et nous devons nous attacher à les préciser avec soin, mais c'est déjà quelque chose que de savoir dans quels cas il aggrave et complique les maux qu'il devrait guérir.

M. Leredde. — Dans quelques cas de syphilis, l'iodure de potassium peut devenir directement dangereux. Je me souviens qu'on présenta, il y a quelque temps, à la *Société de Dermatologie*, une observation de syphilis du larynx, dans laquelle l'administration d'iodure de potassium provoqua des accidents graves d'œdème de la glotte. L'iodure, si dangereux dans les cas de cancer de la langue, peut donc l'être même quand il s'agit de lésions purement syphilitiques. Ce n'est pas une raison pour ne pas l'employer, mais c'est une raison pour en surveiller l'emploi.

M. Danlos. — Je crois qu'on peut poser en principe que dans des cas de gomme de la langue, l'iodure produit de bons effets : il est au contraire nocif quand on se trouve en présence de syphilides à tendance scléreuse.

M. A. Robin. — Je ne me crois pas autorisé à faire aujourd'hui le procès de l'iodure de potassium, bien que ma conviction soit qu'on en abuse trop souvent. En tout cas, j'estime qu'il faut en proscrire l'emploi dans les cas de syphilis artérielle, quelle que soit la localisation des troubles morbides.

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Maladies vénériennes.

Traitement du chancre simple. — S'il existe un phimosis, il convient de faire pratiquer par le malade des injections entre le prépuce et le gland, répétées plusieurs fois par jour, et surtout lorsque le malade a uriné. On emploiera, à cet effet, des solutions antiseptiques faibles : sublimé à 1 pour 2000, acide borique à 3 pour 100, acide phénique à 1 pour 200. Souvent les solutions hydro-alcooliques au tiers sont préférables ; on formulera par exemple :

Alcool à 60°	66 gr.
Eau	30 »
Acide borique	3 »

Mais ces topiques, utiles pour enlever le pus et combattre la balanite concomitante, n'ont pour MM. Hallopeau et Leredde aucune action spécifique sur l'agent infectieux. Les lavages doivent donc être immédiatement suivis d'une injection d'huile de vaseline saturée d'iodoforme.

Les chancres abordables seront nettoyés, débarrassés des croûtes et du pus, au moyen d'eau bicarbonatée tiède et de coton hydrophile ; puis on pourra cautériser la surface, au moyen de la solution suivante :

Alcool à 60°	10 gr.
Acide phénique	1 »

ou du chlorure de zinc à 1 pour 10, tous les deux jours.

Le pansement est fait au moyen d'une poudre. L'iodoforme est, de l'avis universel, le meilleur des antiseptiques ; on peut également employer le salicylate de bismuth, le dermatol.

Les chancres de l'anus sont traités par des attouchements de la même manière ; on applique ensuite des mèches imprégnées de vaseline iodoformée. Après chaque défécation, on lave à l'eau boratée et on applique à nouveau la pommade. Les bains locaux (bains de siège) quotidiens ou biquotidiens rendent de grands services.

On a proposé divers moyens pour détruire le chancre. La destruction doit être complète, sinon des réinoculations se produisent, et un chancre simple, plus étendu que le chancre actuel, apparaît. La pâte de Balzer a pour formule :

Chlorure de zinc	1 gr.
Oxyde de zinc	10 »
Eau distillée pour faire une pâte	Q. s.

On laisse 24 heures en place.

Traitement des plaques muqueuses vulvaires. — Insister sur les soins de propreté, les bains de siège et les grands bains. M. Lutaud ajoute a ceux-ci :

Bichlorure de mercure / Chlorure d'ammonium	ââ 15 gr.
Alcoolé d'eucalyptus	500 gr.

pour un bain d'environ 250 litres, dans une baignoire émaillée.

Le bain sera prolongé pendant une bonne heure environ.

Lorsque le grand bain n'est pas possible, on le remplacera par

un bain de siège auquel on ajoutera 2 ou 3 cuillerées à soupe de la mixture ci-dessus.

Pendant le jour, isoler les parties avec de l'ouate et saupoudrer, après chaque miction, avec :

Calomel................................	2 gr.
Lycopode	10 »

Si les malades supportent mal le mercure, employer en lotions l'hydrate de chloral.

Hydrate de chloral......................	10 gr.
Teinture d'eucalyptus...................	20 »
Eau.....................................	150 »

Toucher les plaques vulvaires 2 ou 3 fois par semaine avec le crayon de nitrate d'argent.

Chirurgie générale.

Le reflux dans la gastro-entérostomie. — L'histoire du reflux après la gastro-entérostomie est aussi vieille que celle de cette opération elle-même. Wolfler en effet, dit M. Tavel (*Revue de Chirurgie*, 10 décembre 1901), dans l'article qui donne la description de sa méthode et du premier cas opéré par lui, rapporte l'observation de Billroth, qui perdit son premier opéré de gastro-entérostomie peu après l'opération, à la suite de vomissements bilieux incoercibles. L'autopsie avait montré qu'aucun accident péritonique n'était survenu et que seul, le reflux du contenu de la branche afférente dans l'estomac avait été la cause des accidents mortels.

Dès lors, cet accident fut observé par la plupart des chirurgiens qui ont pratiqué la gastro-entérostomie et a inspiré un nombre considérable de méthodes opératoires destinées à parer à un inconvénient grave d'une opération excellente en elle-même.

Les observations de reflux sont fort nombreuses. Il est dû à des causes très diverses, dont les constatations cliniques et l'étude expérimentale ont fait l'objet de nombreux travaux. Il n'en subsiste pas moins de grandes divergences sur l'importance

de cette complication, sur l'opportunité d'y parer par de nouvelles méthodes opératoires et sur la physiologie même du phénomène.

M. Tavel ayant eu la bonne fortune de faire sur un cas de ce genre une observation qui, par les nombreuses interventions opératoires nécessitées et par le fait que le sujet était lui-même médecin et savait apprécier les symptômes, arrive à cette conclusion que de toutes les méthodes de gastro-jéjunostomie, il n'y en a que peu de sûres; que même les méthodes ordinaires, les meilleures, celles de Kocher parmi les méthodes antérieures et de von Hacker parmi les postérieures, ne garantissent pas l'opéré contre le reflux; que même l'entéro-anastomose, si utile dans les cas aigus, peut ne pas suffire dans le reflux chronique et que les méthodes de Doyen et de **Roux**, seules mettent les opérés à l'abri de ce danger.

Si dans une opération palliative, comme la gastro-entérostomie dans le cancer, il n'y a pas lieu de se faire des reproches si l'opéré a quelques troubles dyspeptiques dans la suite, comme conséquence d'une complication plutôt rare, comme le reflux chronique, il n'en est pas de même dans la gastro-entérostomie faite pour des maladies moins malignes, telles que : maladie de Reichmann, gastro-sucorrhée, dilatation, ulcères, etc... Ici, il y a lieu de ne choisir qu'une méthode qui n'expose jamais le malade à des accidents pires encore que ceux pour lesquels il se fait opérer et de l'avis de M. Tavel, après l'étude presque expérimentale qu'il a pu faire à ce point de vue sur son malade *la méthode en Y de Roux est absolument la méthode de choix,* on sait qu'elle permet de rétablir dans une perfection vraiment idéale les circulations alimentaire, biliaire et pancréatique.

La pathogénie des grenouillettes. — Il existe sur le plancher de la bouche, disent MM. L. Imbert et E. Jeanbrau (*Montpellier médical*, 13 octobre 1901), des kystes à épithélium cilié, qualifiés grenouillettes : leur origine se rapporte vraisemblablement à des

formations émanées de la partie antérieure du canal de Bochdalek.

La grenouillette commune ne peut se caractériser ni par sa pathogénie encore indécise, ni par sa symptomatologie un peu banale, ni par son étiologie encore ignorée, mais par les particularités de sa structure histologique : et ces dernières paraissent à l'heure actuelle assez nettes et assez constantes pour fournir une base solide de discussion.

Les diverses théories émises pour expliquer la formation de la grenouillette : dégénérescence muqueuse des glandes sublinguales (Suzanne), rétention salivaire des auteurs allemands, ont paru insuffisantes pour expliquer l'origine de cette affection.

Aussi est-on conduit à penser que la grenouillette commune a peut-être une origine congénitale et provient d'un vice de développement encore inconnu dans sa nature, mais pouvant peut-être se rattacher à l'histoire des dérivés branchiaux.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles.

Traitement médical des otites aiguës non suppurées. — Les prescriptions suivantes sont faites par M. Mahu (*Ann. de méd. et de chir. inf.*, 1901).

1° Faire garder la chambre à l'enfant et administrer au besoin une purgation.

2° Toutes les deux heures, appliquer sur le pavillon de l'oreille malade, sur les régions temporales et mastoïdiennes, des compresses imprégnées d'une solution dans l'eau bouillie de bicarbonate de soude à 60 p. 1000, aussi chaudes que le dos de la main peut les supporter. Recouvrir de taffetas chiffon, puis d'ouate maintenue par une bande.

Avant d'appliquer le pansement, on versera dans le conduit une petite quantité de la solution ci-dessus aussi chaude que possible, que l'on remplacera, tous les deux pansements, par

III ou IV gouttes de la préparation suivante tiédie au bain-marie :

Glycérine neutre stérilisée............	10 gr.
Résorcine............................	0 » 75
Chlorhydrate de cocaïne..............	0 » 10

3° Trois fois dans la journée, instiller, dans chaque fosse nasale de l'enfant, étendu sur son lit, la tête basse, à l'aide de la petite seringue de Marfan, la valeur d'une demi-cuillerée à café de :

Huile d'amande douce stérilisée.......	60 gr
Menthol.............................	0 » 60

4° Toutes les trois heures, faire un grand lavage de la bouche et du pharynx, à l'aide d'un bock suspendu à 50 centimètres au-dessus de la tête de l'enfant et dont le tube en caoutchouc sera terminé par une canule en verre à extrémité mousse, — le tout soigneusement bouilli, avec un litre à chaque fois d'eau bouillie aussi chaude qu'elle pourra être supportée.

Au bout de deux jours du traitement ci-dessus, si les douleurs persistent et si la température s'élève, examiner avec soin l'oreille et faire la paracentèse du tympan au cas où cette membrane serait rouge et bombée.

Le Gérant : O. DOIN

IMP. F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE. — PARIS-6e



La lutte contre la tuberculose. — Pour la réhabilitation des huîtres. — Une annexe de la Faculté. — Le trachome importé en Amérique. — La variole et les animaux domestiques. — Les chirurgiens barbus. — Les cheveux dans la marine. — L'alcoolisme et l'Assistance publique.

Un milliardaire américain M. John D. Rockefeller vient d'affecter une somme royale, 7.000.000 de dollars, c'est-à-dire *trente-cinq millions de francs* à la recherche du remède efficace qui permettra de vaincre la tuberculose, ce terrible ennemi qui décime l'humanité.

Le désir de M. Rockefeller est qu'on arrive par tous les moyens possibles et en employant tout l'argent nécessaire à la découverte d'un sérum antituberculeux et, à cet effet, il a organisé un service médical à l'Université de Chicago, le *Rush medical college*, dont la première dépense atteint déjà ce chiffre formidable de trente-cinq millions.

Cette institution aura pour but non seulement de lutter contre la tuberculose, mais de trouver le traitement efficace des maladies réputées jusqu'ici incurables.



Le conseil d'hygiène de Marennes et plusieurs grosses maisons du bassin d'Arcachon, pour mettre terme à la campagne très vive menée par ceux qui incriminent les huîtres dans l'éclosion de la fièvre typhoïde, ont fait expédier des huîtres au laboratoire de bactériologie de Bordeaux. Après examen, pratiqué par M. Ferré, il a été constaté que le bacille typhique n'existait ni dans l'eau ni dans la cavité des mollusques examinés.

Il en résulte que toutes les huîtres ne doivent pas être proscrites et qu'il convient de se défendre contre celles-là seulement qui proviennent de parcs mal placés recevant les eaux ménagères et surtout les eaux d'égouts. C'est aux préfets d'accord avec les conseils d'hygiène à examiner la situation des parcs.

La réhabilitation des huîtres commence et la voie pour l'obtenir est toute tracée. Attendons-nous à voir aux éventaires des belles écaillères cette pancarte « Huîtres garanties pures! »



La Faculté de médecine ne possédait encore que quelques locaux empruntés aux hôpitaux ou à la Sorbonne, pour installer ses laboratoires de recherches.

Elle établit sur les fortifications bordant le boulevard Brune, de grandes constructions à rez-de-chaussée où seront installés, non seulement des salles d'études, des laboratoires spéciaux pour la recherche des sérums, mais aussi une sorte de ferme modèle renfermant une vacherie, une porcherie, une bergerie et un chenil pour les animaux destinés aux expériences des savants de la Faculté. Autour des bâtiments seront dessinés des prairies, des pâturages en miniature, des jardins, des bosquets où s'ébattront les bestioles vouées à la seringue Pravaz et au bistouri.

Les cadavres seront jetés dans une citerne profonde remplie d'acide sulfurique.



On se plaint en Amérique des progrès faits par le trachome, à mesure que l'immigration augmente. Parmi les passagers d'entrepont de deux seuls transatlantiques, 85 cas auraient été constatés ; 65 cas sur la *Gascogne* de la ligne française et 20 cas sur le *Leand* de la ligne Red Star. Les malades étaient tous des Syriens, Roumains et Autrichiens.

Le seul recours qu'on ait actuellement contre les Compagnies

de transatlantiques transportant de pareils malades est d'exiger le rapatriement, mais un nouveau projet de loi américain doit imposer bientôt, paraît-il, une forte amende en espèce qui se surajoutera aux frais exigés par la première mesure.



C'est parce que l'on a constaté à Claveland (États-Unis) que les animaux domestiques propageaient par l'intermédiaire de leurs poils la variole, que l'Office d'hygiène de cette ville de 400.000 habitants a rendu une ordonnance portant que les chiens et les chats d'un ménage atteint par cette maladie seraient abattus immédiatement.



Chirurgiens barbus, prenez garde à vous! On projette de rendre votre système pileux responsable de tous les mécomptes qui pourront vous arriver. Le mouvement part d'Allemagne contre la moustache et la barbe dont on exige le sacrifice comme étant des nids à microbes. Voilà où conduit l'asepsie. Elle va plus loin encore puisqu'elle tend à légitimer les têtes chauves. Il serait excessif cependant de laisser croire à ceux dont le crâne est aussi lisse que le genou et qui n'ont pas le moindre poil sous le nez ni sur le menton qu'ils réalisent l'idéal du chirurgien.



Dans l'intérêt de la conservation des cheveux et pour éviter aux marins des affections dues à la suppression presque complète de la chevelure, tels que refroidissements, névralgies..., le conseil supérieur de santé de la marine a émis l'avis qu'il est en tout point plus hygiénique de laisser à la chevelure une longueur variant entre 2 et 3 centimètres. En conséquence le ministre de la Marine a décidé que la coupe dite « demi-courte », qui se pratique déjà à bord de certains bâtiments, sera désormais autorisée pour le personnel des équipages de la flotte.

⁂

Un syndicat de marchands de spiritueux ayant fait placarder en réponse à l'affiche de l'Assistance publique, une nouvelle affiche invoquant MM. Duclaux et Boix et accusant les hôpitaux d'être des consommateurs d'alcool de premier ordre, l'administration de l'Assistance publique a fait le communiqué qui suit :

« Le vin, dont les quantités d'achat varient peu, est donné à notre personnel à raison de 65 centilitres en moyenne par jour, et de 35 centilitres aux vieillards valides hospitalisés. On voit que, loin d'abuser, nous usons très modérément.

Le rhum est réservé aux préparations pharmaceutiques et l'alcool a de multiples usages étrangers à la consommation.

En 1902, pour 29.000 personnes hospitalisées chaque jour, la consommation a été de 23.000 litres de rhum et de 45.000 litres d'alcool, chiffres bien inférieurs à ceux cités par l'affiche des commerçants en liqueurs, et il convient de mettre en regard les 5.200.000 litres de lait consommés par nos malades. Ce rapprochement montre les tendances de nos chefs de service, médecins et chirurgiens, qui sont unanimes sur les dangers de l'alcool.

A l'économie réalisée de 1902 par l'Assistance publique, qui s'élève à 135.000 francs sur l'alcool et le rhum, s'ajoutera, en 1903, une nouvelle économie de 50.000 francs, et la dépense de ce chef serait encore réduite s'il n'y avait danger pour certains malades à les priver brusquement de leur *aliment* habituel. »

HOPITAL DE LA PITIÉ

Leçons de clinique thérapeutique (1),

par Albert Robin,
de l'Académie de médecine.

VIII. — *Traitement de l'ictère simple.*

I

Voici une jeune femme qui a présenté un ictère très prononcé dont vous avez pu suivre l'évolution dans nos salles. Elle a vu apparaître sa jaunisse deux ou trois jours après une grande frayeur. Sa santé jusqu'ici a toujours été excellente; cependant depuis quelques mois elle souffre de maux d'estomac extrêmement violents. Trois heures environ après le repas, elle éprouve au niveau du creux épigastrique, une sensation de brûlure accompagnée de pesanteur et de tiraillements qui la font souffrir pendant plusieurs heures. D'autres fois la scène est encore aggravée et la malade est prise de vomissements d'une horrible acidité, qui lui brûlent le gosier. Habituellement d'une couleur grisâtre, ils sont souvent d'un vert intense. Cette coloration est due à un reflux biliaire dans l'estomac et à la transformation de la bilirubine par l'acide chlorhydrique.

(1) Recueillies et rédigées par le Dr Bertherand, assistant du service.

Cette crise rappelle donc bien les symptômes de l'hypersthénie gastrique avec hyperchlorhydrie. Nous nous occuperons plus tard de soigner son estomac; car elle est entrée à l'hôpital pour l'ictère. Je vous ai déjà dit qu'elle avait eu une grande peur. Le lendemain, elle constatait que ses urines avaient une coloration très foncée. Deux ou trois jours après, elle s'est aperçue qu'elle était jaune et que ses matières fécales étaient décolorées.

Nous sommes donc en présence d'un ictère dit *émotif :* je lui donne volontiers le nom d'*Ictère spasmodique aigu.*

L'examen de l'urine va nous servir à préciser la nature de cet ictère, en y recherchant la présence des pigments biliaires.

Si on fait couler de l'acide azotique, le long des parois d'un verre rempli d'urine, vous voyez se produire au bout de quelques instants, au niveau de la séparation des deux liquides, une série de disques colorés superposés dans l'ordre suivant de bas en haut : jaune, rouge, violet, vert.

C'est la *réaction de Gmelin*, qui permet d'affirmer la présence de la bile dans l'urine.

Pour déceler de petites quantités de bile, vous pouvez aussi prendre un tube rempli d'urine, y verser une petite quantité de chloroforme, agiter le tout, décanter l'urine, ajouter une goutte d'acide nitrique : vous verrez se développer une série d'anneaux colorés allant du rouge au vert.

Si vous trempez un morceau de papier à filtre dans l'urine et que vous fassiez tomber sur ce papier une goutte d'acide nitrique, il se forme un point de contact, une série d'anneaux colorés, dont le vert occupe la partie externe.

Telles sont les principales réactions de la bile dans l'urine. Elles sont la caractéristique de l'ictère vrai ou

ictère bilipliéique, qui est dû à la résorption des pigments normaux de la bile.

Je n'insisterai pas sur les autres symptômes de la maladie : troubles cutanés et circulatoires, dépression et perte des forces, etc.

La *pathogénie* de cette affection a été diversement interprétée.

Les théories modernes l'attribuent à une infection des voies biliaires par les hôtes microbiens du tube digestif. Quelques auteurs pensent que l'ictère émotif est consécutif à un spasme des voies biliaires ; pour d'autres, au contraire, il serait dû à une paralysie des voies d'excrétion de la bile. Enfin, certains admettent que c'est un ictère polycholique ; ce qui semble peu cadrer avec la décoloration des matières fécales.

Je vous fais grâce des autres hypothèses. Si je vous ai énuméré celles-ci, c'est pour vous montrer combien, en thérapeutique, il ne faut pas toujours tenir compte des théories, mais s'appuyer surtout sur des faits. En effet, si vous admettez l'origine microbienne de l'ictère, vous le traiterez par les antiseptiques ; si vous croyez à un spasme ou à une paralysie des voies biliaires, vous administrerez, soit des calmants, soit des excitants. Enfin, les médicaments modérateurs de la sécrétion biliaire seront la base de votre médication, si vous adoptez la théorie de l'ictère polycholique.

II

S'appuyant sur les doctrines microbiennes et sur la théorie infectieuse de l'ictère, il est d'usage maintenant de donner aux ictériques des médicaments comme le *naphtol*,

le *salol*, etc., dans le but de réaliser une prétendue antisepsie du tube digestif. Je les repousse complètement de ma pratique. Ainsi que je vous l'ai souvent exposé, tous ces produits, s'ils sont antiseptiques, sont antipeptiques aux doses où il faudrait les employer pour assurer une antisepsie réelle. N'oubliez pas non plus que notre malade est une hypersthénique avec hyperchlorhydrie, et que les antiseptiques, le *naphtol* en particulier, exercent une action des plus irritantes sur la muqueuse stomacale.

Nous commencerons par mettre la malade au *régime lacté absolu*, qui jouera ici un double rôle. Il augmentera la diurèse et permettra une élimination plus facile des toxines biliaires et des toxines intestinales. Le régime lacté a une action sur la sécrétion biliaire qu'il diminue; c'est un modérateur de l'activité hépatique; il est donc ici tout indiqué.

Mais devons-nous continuer le régime lacté jusqu'à ce que la malade ne soit plus jaune? L'ictère dure toujours assez longtemps; même lorsque les matières fécales sont colorées de nouveau, la teinte jaune persiste encore. Je vais vous donner un signe précis, qui vous indiquera le moment où vous devrez modifier votre traitement. Ce symptôme vous sera fourni par l'examen des urines. Lorsqu'en faisant la réaction de Gmelin, vous ne constaterez plus dans l'urine la coloration verte, indice des pigments biliaires, et que celle-ci sera remplacée par la coloration acajou qui dénote la présence de l'*urobiline* ou *hémaphéine*, vous pouvez être sûrs que les voies biliaires sont ouvertes. Mais la présence de l'urobiline indique l'insuffisance du foie; cessez alors le régime lacté et stimulez les fonctions hépatiques par le régime alimentaire et par les alcalins.

Vous avez dans cette réaction de l'urine un signe capital pour diriger votre thérapeutique. Lorsqu'il apparaît dans

l'urine, il est inutile de laisser plus longtemps le malade au régime lacté, dont il n'a plus à tirer aucun profit.

Afin de faciliter le rétablissement du cours de la bile, j'emploie la *belladone*, que je donne à la dose de 2 ou 3 centigrammes :

Extrait de belladone....................	0 gr. 01
Excipient..............................	q. s.

pour une pilule. En prendre une le matin et une le soir.

Deux fois par jour, on administrera à la malade une grande *irrigation intestinale* d'un litre et demi d'eau froide à la température de la chambre, à l'aide d'une longue sonde molle. Ces lavements sont excito-moteurs de la sécrétion biliaire, des canaux biliaires et de l'intestin.

A partir du moment où vous cessez le régime lacté, vous prescrirez les *alcalins*. Chez les malades peu aisés, vous conseillerez de faire dissoudre à chaud 5 grammes de *bicarbonate de soude* dans un litre d'eau. Le malade prendra le matin 150 grammes une première fois, une demi-heure après encore 150 grammes. L'après-midi vers les 4 heures, il absorbera les mêmes doses. Chez ceux qui sont plus fortunés, vous prescrirez l'*eau de Vichy* de la source *Hauterive* : deux verres le matin et deux verres le soir suivant les mêmes règles.

L'*alimentation* ne comportera ni crudités, ni acides, ni graisses, beurre, ragoûts, sauces, etc.

La *constipation* est souvent fréquente chez les ictériques. Contre elle, vous donnerez les purgatifs salins à dose laxative. Je vous recommande surtout le *sulfate de soude* qui est aussi un diurétique et dont vous ferez prendre 10 à 12 gr., à jeun, dans un peu d'eau de Seltz.

Tel est le traitement que nous avons fait suivre à cette malade. Elle est entrée dans nos salles, le 26 avril. Elle a

été mise aussitôt au régime lacté absolu. Elle prenait en même temps le matin et le soir une pilule d'extrait de belladone de 0 gr. 01, chaque jour on lui administrait deux irrigations froides. Six jours après, l'urine ne renfermait plus trace de pigments biliaires; la malade avait faim, on lui donnait à manger. Aujourd'hui 7 mai, vous pouvez vous rendre compte des heureux résultats du traitement, car elle présente à peine une légère coloration des conjonctives et elle peut être considérée comme complètement guérie de son ictère.

Elle va commencer aussitôt le traitement de l'hypersthénie gastrique.

Avant chaque repas, elle prendra VI gouttes de la mixture suivante dans un peu d'eau :

Ergotine Bonjean.........................	3 gr.
Eau distillée............................	4 »

Dissoudre, filtrer et mêler avec :

Teinture de menispermum cocculus...	ââ 5 gr.
— de veratrum viride..........	
— de belladone................	
— thébaïque...................	

M. s. a. et filtrez. Donnez VI gouttes dans une cuillerée d'eau cinq minutes avant le repas.

Après le déjeuner et le dîner, une des poudres suivantes délayée dans un peu d'eau :

Lactose..............................	ââ 4 gr.
Magnésie calcinée....................	
Bicarbonate de soude.................	
Craie préparée.......................	6 »

Mêler exactement et diviser en 12 paquets.

Elle suivra en même temps le régime des hypersthé-

niques. Afin que vous puissiez constater les effets de cette médication, je vous montrerai notre malade à l'une des prochaines leçons.

Leçon du 7 mai 1902. — M. ALBERT ROBIN a présenté de nouveau cette malade à la leçon du 21 mai, après quinze jours de traitement. Elle n'avait plus eu de vomissements, les douleurs stomacales avaient disparu : elle réclamait son *exeat*.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Contribution à l'étude du traitement préventif et curatif de la phtisie pulmoraire par modification du terrain de prédisposition,

par le Dr JOSEPH TETAU
(de Gesté, Maine-et-Loire).

Après la découverte de Villemin montrant que la tuberculose était inoculable, et les recherches de Koch, couronnées de succès, montrant sous l'objectif du microscope le bacille qui créait la lésion, on était en droit d'espérer que le traitement d'une affection dont enfin on connaissait la cause serait bientôt découvert.

Malheureusement il y a souvent loin de la coupe aux lèvres, et les travaux que l'on fit, les essais que l'on tenta pour détruire ce germe, n'eurent comme résultat que de faire enregistrer des déceptions. Les tuberculeux n'en continuèrent pas moins à se multiplier, et les phtisiques à mourir.

C'est que le germe n'est pas tout dans la maladie, c'est que, « pour que l'on devienne tuberculeux, il faut quelque « chose de plus que l'agent de la contagion auquel nous « sommes tous plus ou moins exposés. Il faut un terrain « favorable à la vie et à la multiplication du bacille de la « tuberculose (1) ».

Dans nos travaux antérieurs (2) nous avons prétendu que la tuberculose était une maladie parasitaire plutôt que microbienne. C'est sur l'observation clinique, qui aura toujours le dernier mot, que nous nous appuyons pour justifier notre manière de voir.

Le mode de début n'est-il pas différent ? Que de temps n'est-on pas obligé d'attendre souvent avant de diagnostiquer une tuberculose commençante ? Dans les maladies microbiennes, après une période d'incubation variant de quelques heures à quelques semaines, se produit une réaction fébrile intense qui persiste d'une façon cyclique jusqu'au déclin de la maladie. Dans la tuberculose à part les cas de granulie aiguë, cette réaction fébrile intense n'existe pas; c'est ici sournoisement que le mal évolue et se propage, et cette évolution lente et chronique pour ainsi dire d'emblée, sera coupée de rémissions, de recrudescences, d'acalmies pouvant aller jusqu'à simuler la guérison, de rechutes trop souvent à la moindre fatigue, au moindre ébranlement de la santé. Cet état persistera des mois, des années : c'est qu'ici le germe ne se développera que suivant les conditions variables du terrain.

(1) Albert Robin et Maurice Binet. *Prophylaxie de la tuberculose pulmonaire par la connaissance du terrain.* Congrès britannique de la tuberculose, 1901.

(2) Méthode de diagnostic précoce du terrain de prédisposition à la tuberculose pulmonaire par l'étude de la température moyenne de l'homme. *Bulletin de la Société de thérapeutique*, n° 8, 1901.

L'évolution est différente également, tandis que dans les maladies infectieuses, l'infection doit être considérée comme une intoxication spéciale par le poison spécifique d'une bactérie pathogène troublant l'activité cellulaire par un empoisonnement du sang qui détruit les fonctions physiologiques indispensables à la vie; dans la tuberculose, le bacille par lui-même ou les poisons qu'il sécrète, a une action nécrosante sur les tissus où il se développe. Cette action mise en relief par Straus et Gamaleïa (1) se manifeste dans l'organisme par un amaigrissement continu et progressif, une sensibilité plus grande à une nouvelle inoculation, et des phénomènes de cachexie profonde dans laquelle meurt le sujet.

Le mode de guérison n'est-il pas là encore pour justifier notre manière de voir? Dans les affections microbiennes l'organisme, dans la lutte, se débarrasse des poisons bactériens et les cellules sécrètent une antitoxine qui rend l'organisme réfractaire au microbe et crée, dans l'économie, une immunité momentanée relative contre la même affection; dans la tuberculose, au contraire, la guérison s'obtient par crétification du tubercule ou tout au moins par sa transformation fibreuse. L'organisme se débarrasse du germe en l'isolant, en l'enkystant à la façon d'un corps étranger que l'on aurait introduit artificiellement dans l'économie. Si la guérison ne se produit pas, les tubercules se multiplient, se ramollissent, s'ulcèrent et suppurent, créant une production morbide qui tend à substituer ses propres phénomènes vitaux à ceux de l'organe qui en est atteint.

Ces considérations peuvent paraître oiseuses et pourtant nous les avons crues nécessaires à faire avant d'aborder le

(1) Gamaleia. *Poisons bactériens*, p. 146. Bibliothèque Charcot-Debove.

traitement du terrain qui règle la marche de l'affection.

La tuberculose guérit, c'est indiscutable, nous avons tous vu des cas même jugés désespérés qui nous ont surpris en guérissant malgré notre pronostic fatal, malgré nous ou plutôt en dehors de nous et de nos efforts.

Nos efforts depuis de longues années nous ont poussés à rechercher les conditions de ce terrain de prédisposition et nous ont amenés à nous rendre compte des anomalies bizarres que l'on observe dans la marche de cette maladie.

Nous avons émis cette proposition : *La prédisposition à la receptivité de la contagion tuberculeuse et la marche de la maladie sont en raison directe de l'élévation de la température moyenne des individus, caractérisant les échanges organiques.*

Ce qui nous a amené à conclure que si les gens à température basse ou inférieure à 37° avaient des tendances marquées vers l'arthritisme et les maladies par ralentissement de la nutrition, et ce phénomène a été observé par Bouchard (1); ceux qui avaient des températures supérieures à 37° étaient prédisposés à la consomption.

C'est que, suivant nous, la consomption existe comme entité morbide. Elle n'est pas due au bacille de la tuberculose : c'est une affection diathésique, maladie de la nutrition caractérisée par des réactions organiques, chimiques et vitales exagérées. C'est une névrose constitutionnelle et héréditaire ou momentanément acquise à la suite de maladies infectieuses, caractérisée par une augmentation dans les échanges respiratoires (Albert Robin), une déminéralisation intense, et, enfin, cliniquement *par une élévation dans la température moyenne des individus qui en sont atteints*, ou du

(1) *Traité de Thérapeutique* appliquée, de Albert Robin, fascicule 1, *Maladies de la nutrition*, p. 18.

moins par une tendance marquée vers des températures physiologiques élevées supérieures à 37°.

Ne confondons pas, en effet, la phtisie ou consomption avec la cachexie. Laissons à la première sa signification étymologique φθισις de φθίνομαι, je me consume, je brûle, et ce phénomène existe toujours avec une élévation thermique, tandis que la cachexie de κακὸς mauvais, ἕξίς habitude du corps, est ce mauvais état général caractérisé par un amaigrissement lent, émaciation du corps, teinte jaune, épuisement survenant à la suite de maladies de longue durée. Ces deux phénomènes peuvent exister dans la maladie de poitrine, mais le premier est toujours accompagné dès le début d'élévation de température, le second ne l'est pas ou ne l'est que tardivement, par suite d'associations microbiennes. Le premier est dû à un phénomène vital intrinsèque du sujet, le second est dû à l'action du microbe ou des poisons microbiens, et est un phénomène de cause extrinsèque. Dans le premier cas, nous aurons de la phtisie ou consomption avec tuberculose pulmonaire à marche rapide, dans le second, nous aurons de la tuberculose pulmonaire à évolution lente avec des phénomènes tardifs de cachexie. Voilà peut-être la raison qui explique la différence dans les échanges respiratoires constatée par Albert Robin et Maurice Binet, échanges respiratoires moins actifs dans la phtisie fibreuse que dans la tuberculose pulmonaire aiguë. La distinction que nous faisons est capitale pour le pronostic à porter sur la marche de la maladie, et nous permet de rendre au terrain et au bacille ce qui revient à chacun.

La consomption se manifeste dès le début par des phénomènes de fatigue, de lassitude, courbature, essoufflement, sueur au moindre effort, besoin de s'asseoir, diminution dans l'appétit, amaigrissement, sensation de chaleur in-

terne. Les malades se disent atteints de fièvre minante : ils se trouvent bien au lit, ou couchés dans une chaise longue. Malgré cela, les facultés intellectuelles sont intactes, même plus actives ; enfin, au thermomètre on constate une élévation de température dont la moyenne oscille entre 37° et 38° et d'autant plus élevée que le malade accuse des phénomènes plus intenses. Sitôt que la température s'abaisse, ces troubles morbides disparaissent comme par enchantement.

Ces manifestations de suractivité nerveuse peuvent exister par hérédité, c'est-à-dire par une prédisposition naturelle organique transmise par le père ou la mère, au moment même de la conception. Cette disposition peut être acquise à la suite de maladies infectieuses, fièvres typhoïde, rougeole, coqueluche, scarlatine, influenza, à la suite de refroidissement brusque et prolongé et de tout ébranlement nerveux profond.

L'hérédité, nous la trouvons dans les familles dont les membres sont issus de tuberculeux. Il y a quelques mois, venait nous consulter une jeune fille de vingt et un ans, grasse, au teint florissant, ne toussant pas, mais se plaignant de maigrir, de fatiguer au travail, d'être essoufflée au moindre effort. Son père et sa mère étaient morts tuberculeux vers cinquante et cinquante-cinq ans. Sur huit enfants, deux étaient morts en bas-âge, de méningite, trois autres étaient déjà morts entre dix-sept et vingt ans, de tuberculose pulmonaire à marche rapide. Elle venait de soigner et de perdre un frère, mort en cinq mois de la poitrine. Justement inquiète pour elle-même, elle venait nous demander conseil. Il était 7 heures du matin, et, revue cinq jours de suite à la même heure, sa température se maintenait à 37°8. Ce n'était pas là une température matinale normale et nous l'avons considérée comme prédisposée. Soumise au traitement dont nous

nous occuperons bientôt, cette jeune fille revenait au bout d'un mois. Sa température n'était plus que de 36°8 et tous les phénomènes morbides avaient disparu.

Une autre jeune fille de quinze ans ayant perdu sa mère à cinquante-quatre ans, de tuberculose pulmonaire, ainsi qu'une sœur de vingt ans, venait, il y a six mois, se plaindre à nous des différents symptômes que nous avons décrits comme phénomènes de consomption. Sa température moyenne était de 37°7 : il y avait essoufflement, courbature, amaigrissement, perte de l'appétit. C'était une prédisposée héréditaire; à l'auscultation, aucun signe pulmonaire, ni ganglions au cou, fonctions physiologiques normales. Soumise au traitement, sa température moyenne au bout de six semaines était tombée à 36°6 et la santé était revenue parfaite. La guérison se maintient depuis.

Autrefois que nous nous bornions à constater cette élévation de température sans y voir un indice révélateur et sans trouver le moyen d'abaisser ces échanges organiques, nous pouvons dire que les 4/5 des gens qui présentaient ces phénomènes devenaient des tuberculeux pulmonaires à marche rapide dans un délai variant de six mois à deux ans. Or, depuis que nous les considérons comme des prédisposés et les soignons comme tels, les cas de tuberculose pulmonaire, dans notre clientèle, ont diminué des 2/3.

Nous devons donc, dans la lutte contre la tuberculose et surtout contre la phtisie pulmonaire, la plus grave, la plus terrible de toutes les tuberculoses, faire, d'une part, un diagnostic précoce du terrain de prédisposition et, d'autre part, instituer un traitement rationnel pour modifier ce terrain et le mettre dans les meilleures conditions pour résister ou échapper à une contamination bacillaire.

Ce diagnostic, nous pourrons le faire à la campagne par

l'étude de la température moyenne, et en soumettant de suite au traitement ces gens à température élevée, le succès couronnera nos efforts.

Nous devons donc envisager le traitement de la maladie de poitrine sous deux points de vue différents : 1° *la phtisie ou consomption* qui, la plupart du temps, précède l'éclosion de la tuberculose se continue ensuite en même temps qu'elle en activant son évolution ; 2° *la tuberculose* elle-même comme affection parasitaire amenant plus tard la cachexie.

Considérant la phtisie comme une névrose par suractivité du système nerveux, occasionnant, par suite d'une assimilation insuffisante et défectueuse, que l'on reconnaît aux troubles de l'estomac et à la perte ou diminution de l'appétit, occasionnant, disons-nous, une déssassimilation trop active de l'organisme en le déminéralisant, nous diminuerons cette suractivité par le repos immédiat, non pas dans un air confiné ni au lit, mais au grand air calme et tiède, avec peu de marches, pas de jeux, pas de travaux manuels ni intellectuels, en un mot par le repos le plus complet et le plus absolu; en même temps nous soumettrons ces malades, d'une part, à un régime alimentaire léger mais tonique, d'une digestion et assimilation facile, en insistant surtout sur ce que l'on appelle les aliments d'épargne : viandes crues, jaunes d'œufs, vin, bière, café, huile de morue ou ses succédanées; d'autre part, aux sédatifs nervins et les remèdes qui nous ont donné les plus grands résultats sont les bromures de sodium et de camphre à dose continue jusqu'à abaissement de la température au-dessous de 37°, alternant de huit en huit jours avec l'arséniate ou le cacodylate de soude, ces deux médicaments dont on a, avec tant de raison, vanté l'action favorable sur la nutrition.

On arrivera de la sorte à diminuer rapidement les

échanges organiques, ce que prouve l'abaissement rapide de la température tombant en un mois ou six semaines de 1 degré environ. En même temps on luttera contre la déminéralisation par l'emploi journalier du glycérophosphate de chaux. On veillera à ce que le malade prenne chaque jour, matin et soir, sa température et l'on sera heureusement surpris de voir l'amélioration se produire à mesure que s'abaissera la température.

Contre la tuberculose on luttera par l'hygiène du malade et de l'entourage, par de la révulsion sur les endroits des lésions, tout en facilitant les modifications de l'épithélium pulmonaire par l'emploi de la terpine.

Ce traitement qui, certes, n'a rien de nouveau par lui-même, *mais qui est nouveau par la précocité de son emploi, basé sur l'étude de la température*, amènera la guérison à la première période de la tuberculose pulmonaire dans la plus grande partie des cas, et, employé avant l'éclosion du mal pulmonaire, donnera aux sujets même prédisposés héréditaires les plus grandes chances d'éviter toute contamination.

L'écueil le plus grave pour le succès du traitement, c'est sa durée, l'apathie et la nonchalance des malades, le scepticisme médical et la misère des gens.

RÉSUMÉ SYNTHÉTIQUE DES OBSERVATIONS AVANT D'INSTITUER UN TRAITEMENT PRÉCOCE

Sur treize sujets de douze à vingt et un ans ayant présenté des phénomènes de perte d'appétit, amaigrissement, faiblesse, anémie, courbature, essoufflement, etc., avec ou sans antécédents héréditaires accompagnés d'une température moyenne supérieure à 37° presque coutumière, douze

sont devenus des tuberculeux pulmonaires dans un délai de six mois à deux ans, trois ont guéri à peu près seuls sans présenter autre chose qu'une diminution dans leur température descendue au-dessous 32°.

Depuis un diagnostic précoce suivi du traitement.

Sur treize sujets de dix à vingt-quatre ans ayant présenté les mêmes phénomènes ci-dessus avec élévation thermique, douze ont guéri, un est tombé tuberculeux par une rechute non soignée survenue après une première amélioration de trois mois.

Dans les deux séries précédentes au moment des premiers troubles de la santé, il n'existait aucun signe apparent permettant de dépister une contamination bacillaire.

EFFET DU TRAITEMENT CHEZ LES TUBERCULEUX

1° Tuberculeux consomptifs (température élevée persistante) au premier degré : sur cinq cas, quatre guérisons apparentes coïncidant avec un abaissement persistant de la température, un ayant continué son évolution et mort en six mois malgré le traitement, misère pécuniaire ne permettant pas une alimentation suffisante suivie et complète, tuberculeux au deuxième et troisième degré : pas de guérison, mais ralentissement dans la marche de la maladie.

2° Tuberculeux non consomptifs sans élévation de température : au premier degré trois cas, trois guérisons apparentes maintenues depuis dix-huit mois; au deuxième degré et troisième degré, deux améliorations avec état stationnaire des lésions depuis trois ans, deux ralentissements dans l'évolution de la maladie pouvant encore guérir par localisation persistante du mal : trois cas ayant continué à évoluer et terminés par de la cachexie : ici encore nous retrou-

vons le manque du nécessaire pour l'alimentation et le traitement médicamenteux et le découragement du malade.

En résumé, c'est donc surtout au début que les effets du traitement sont caractéristiques.

Nous espérons par ce travail démontrer cet axiome : *La prédisposition à la réceptivité de la contagion tuberculeuse et la marche de la maladie sont en raison directe de l'élévation de la température moyenne des individus caractérisant les échanges organiques.*

Tout individu dont la température moyenne est supérieure à 37° est un prédisposé à la consomption de la tuberculose pulmonaire.

Il y a lieu de distinguer la consomption de la cachexie tuberculeuse, l'une étant de cause intrinsèque, l'autre de cause extrinsèque.

Il est possible d'abaisser cette température en diminuant les réactions organiques par le repos, la suralimentation, les bromures de sodium et de camphre et les arsénicaux, et luttant contre la déminéralisation par le glycérophosphate de chaux.

Le traitement rationnel de la phtisie pulmonaire par modification du terrain aura donc pour but de créer artificiellement un tempérament arthritique présentant la plus grande résistance à l'invasion tuberculeuse.

Ce traitement doit être institué sitôt le diagnostic précoce du terrain de prédisposition fait et reconnu par l'étude de la température moyenne (1).

---

(1) Depuis ce travail nous avons perfectionné la méthode en indiquant le moyen de mesurer exactement l'intensité des combustions organiques. Voir *Prophylaxie de la tuberculose, diathèse consomptive*, par le Dr Tétau, chez Germain et Grassin, éditeurs, rue Saint-Laud, Angers.

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie méthodique des livres de médecine, chirurgie, pharmacie, sciences, 1880-1902, comprenant les ouvrages nouveaux parus à ce jour.

Pour recevoir cette bibliographie gratuitement et franco, il suffit d'en faire la demande à la librairie Maloine, 23-25, rue de l'École-de-Médecine, Paris.

Les Médications thyroïdiennes, par le Dr Gautier (de Charolles). Préface du professeur François-Franck, 1 vol. gr. in-8 de 227 pages : 5 francs. (Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.)

L'opothérapie moderne, fondée sur des bases scientifiques, a réellement pris naissance le jour où Brown-Séquard fit connaître la théorie des sécrétions internes et l'appliqua à l'opothérapie génitale. Le Dr Eloy l'a exposé il y a quelques années dans son livre sur la « Méthode de Brown-Séquard » (1 vol. in-16, 3 fr. 50).

A l'heure actuelle, la médication thyroïdienne peut être considérée comme une des conquêtes les plus curieuses et les plus incontestées de la thérapeutique moderne, dans les maladies où la nutrition est compromise par l'insuffisance ou la viciation de la sécrétion du corps thyroïde ; loin de disparaître comme tant d'autres après un enthousiasme éphémère, elle restera et grandira, parce qu'elle repose sur des bases physiologiques que le temps ne fera qu'affermir.

Ces bases, le Dr G. Gauthier (de Charolles) les développe dans la première partie de son livre, mettant ainsi entre les mains du lecteur les documents physiologiques, chimiques et pharmaceutiques indispensables pour apprécier en connaissance de cause les effets de la médication.

La deuxième partie, divisée en thyroïdothérapie directe, indirecte et empirique, montre les merveilleux effets de la médication thyroïdienne dans le myxœdème et le goitre, puis dans les affections du système osseux (arrêts de croissance, acromégalie, fracture, etc.), du système génital (métrorragies, chlorose, impuissance), du système nerveux (aliénation mentale, paralysie, chorée, etc.), enfin dans l'obésité, le diabète et le ralentissement de la nutrition. Le Dr Gauthier termine par l'exposé des essais faits dans le traitement des dermatoses, de l'asthme, des affections du foie et des reins, enfin dans les affections tuberculeuses et cancéreuses.

Geologie générale, par Stanislas Meunier, professeur au Muséum d'histoire naturelle, 1 vol. in-8° de la Bibliothèque scientifique internationale, avec 42 gravures dans le texte cartonné à l'anglaise, 6 francs (Félix Alcan, éditeur).

Cet ouvrage vient s'ajouter à la Géologie comparée et à la Géologie expérimentale antérieurement publiés par M. le Professeur Stanislas Meunier dans la Bibliothèque scientifique internationale pour constituer un ensemble résumant les points de vue principaux sous lesquels il convient de considérer la science de la terre. Il est le résultat d'un grand nombre d'années d'études et d'observations personnelles.

L'auteur débute par un exposé de l'évolution des idées en géologie générale pendant le XIX° siècle et passe en revue les théories de Cuvier, de Lyell, de Aristant Prevost et de leurs écoles, pour aboutir à l'activisme qui constitue à l'heure actuelle le dernier stade de cette évolution. Pour justifier cette doctrine qu'il a faite sienne, il étudie les principaux phénomènes actuels en essayant de retrouver pour chacun d'eux la cause prochaine d'où il dérive. Il recherche ensuite dans les dépôts des époques antérieures à la nôtre des témoignages analogues à ceux qu'il a ainsi interprétés, puis il examine si toutes les actions actuelles se sont fait sentir alors et si, à leur influence, ne s'est pas ajoutée celles des causes qui n'agirait plus maintenant.

Il établit ainsi, pour ainsi dire, la physiologie tellurique de l'époque actuelle et la physiologie comparée des époques précédentes, et fait enfin ressortir entre les unes et les autres les points communs et les contrastes dont se dégage, comme d'elle-même, toute la philosophie de la géologie.

Annuaire des eaux minérales. Stations climatiques et sanatoriums de la France et de l'Etranger. Edition 1902, publiée sous la direction du Dr G. Morice, rédacteur en chef de la *Gazette des Eaux*.

Ce volume (44e année) a été complètement remanié. Après la refonte des matières anciennes et le rejet de quelques-unes d'entre elles, c'est l'apport de matériaux nouveaux qui caractère la 44e édition. Entre autres, la « législation des Eaux minérales en France et à l'Etranger » constitue un chapitre nouveau, mis au point et dégagé de toute l'austérité documentaire. Bref, l'*Annuaire* comprend :

1° Une étude très complète et très documentée sur la Législation des Eaux minérales en France, aux Colonies et à l'Etranger ; — 2° Les renseignements généraux sur le service et le fonctionnement administratif des Eaux minérales au Ministère de l'Intérieur, à Paris. — 3° La liste du personnel chargé de ce service ; celle des membres du Comité consultatif d'hygiène, de la Commission des eaux minérales à l'Académie de médecine, etc. ; — 4° La liste des hôpitaux thermaux militaires ; — 5° Les listes des médecins des stations hydrominérales et climatiques de la France (listes par stations et liste d'ensemble par ordre alphabétique) ; — 6° La liste des membres de la Société d'hydrologie médicale de Paris et du Syndicat général des médecins des stations balnéaires et sanitaires de la France ;. 7° Quelques indications sommaires sur l'œuvre des Voyages

d'études médicales aux Eaux minérales; — 8° La nomenclature générale des stations hydrominérales de la France et des colonies françaises; — 9° Le memento de leurs principales indications thérapeutiques; — 10° La nomenclature des stations climatiques et sanatoriums de la France et des colonies françaises; — 11° La liste des sanatoriums populaires et des sanatoriums payants; 12° La liste des principaux établissements hydrothérapiques de Paris et des départements. — Voilà pour la partie française.

Pour l'étranger, et tout à fait à part, dans le but de faciliter les recherches, l'*Annuaire* passe successivement en revue : *a*) Les stations hydrominérales, avec toutes leurs subdivisions; — *b*) Les stations climatiques et sanatoriums les plus connus. (Cette partie sera complétée au fur et à mesure des renseignements reçus.)

Enfin, comme dernier feuillet, un index alphabétique de toutes les stations et une table méthodique des matières viendront fermer ce petit volume, dont le format lui-même a été modifié dans un sens pratique.

Prix du volume, 1 fr. 50; à la librairie Maloine, 23, place de l'Ecole-de-Médecine, Paris, ou aux bureaux de la *Gazette des Eaux*, 60, rue Mazarine.

Manuel de technique chirurgicale des opérations courantes, par G. Marion, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux 1 vol. in-8° de 541 pages, avec 418 figures, 7 figures, Maloine, éditeur.

Ce manuel s'adresse, comme le dit l'auteur dans sa préface, aux étudiants et aux praticiens. Malgré la restriction qu'il croit devoir faire, bien des chirurgiens y pourront également trouver leur profit.

L'auteur nous indique le but qu'il s'est proposé : mettre les praticiens à même de mener à bien des interventions qu'ils abandonnaient à d'autres, faute d'en connaître la technique. Ces opérations que l'auteur estime pouvoir être pratiquées par les médecins sont : 1° les opérations faciles, non dangereuses à la portée de tous; 2° certaines opérations d'urgence; 3° quelques opérations très bien réglées.

Pour chacune d'elles, un seul procédé, le procédé de choix, est exposé, avec clarté, méthode et simplicité; précédant la description de l'intervention proprement dite se trouve un résumé de ses indications, l'énumération des instruments nécessaires et, s'il y a lieu, le mode d'anesthésie et les notions anatomiques indispensables à l'exécution de l'opération. Chacun des temps opératoires est ensuite minutieusement décrit avec figures à l'appui.

Mentionnons le nombre de ces figures qui toutes ont été dessinées par l'auteur; c'est dire « qu'elles représentent ce qu'il a voulu qu'on y vit ». Elles sont simples, dégagées de toute ornementation inutile et par là singulièrement claires, ce qui est le principal.

En résumé, ce livre semble appelé à rendre les plus signalés services à ceux auxquels il s'adresse. Tout différent des traités de médecine opératoire classique, et des traités de technique chirurgicale que leur impor-

tance semble réserver aux chirurgiens, ce manuel vient répondre à un besoin qui se faisait sentir depuis longtemps.

La gymnastique de chambre sans appareils, avec 32 figures explicatives, par le Dr DE FRUMERIE, de la Faculté de médecine de Paris, ancien externe des hôpitaux, professeur de massage aux Ecoles d'infirmiers et d'infirmières des hôpitaux, 1 vol. in-18, 2 francs. Maloine, éditeur.

La gymnastique de chambre du Dr de Frumerie se compose de mouvements libres actifs de la gymnastique suédoise d'après le système de Ling et de ses élèves.

Le but de l'auteur est de vulgariser quelques mouvements raisonnés du domaine de la gymnastique.

Ainsi qu'il le dit dans sa préface, l'essentiel dans la gymnastique de chambre, c'est bien moins le nombre des mouvements que leur sélection et précision dans leur exécution. En s'assujettissant à ces deux conditions exposées clairement dans le livre du Dr de Frumerie on obtiendra toujours un bon résultat.

Vade-mecum des maladies médico-chirurgicales du tube digestif à l'usage des médecins-praticiens, par le Dr HENRI FISCHER, 1 vol. in-18 cartonné, 4 francs. Maloine, éditeur.

Ce livre, écrit dans un style clair et concis, traite des diverses affections du tube digestif que le médecin rencontre dans sa pratique courante. Les symptômes sont décrits avec un soin minutieux ainsi que le diagnostic différentiel qui conduit au diagnostic positif. Le traitement comprend d'abord tout ce que la *Médecine* proprement dite peut et doit faire, puis lorsqu'elle est ou devient impuissante à guérir, ce que l'on est en droit d'attendre de la *Chirurgie*.

Le Dr Henri Fischer, en chirurgien expérimenté et véritablement pratique qu'il est, n'a pas, ainsi qu'il le dit lui-même dans son introduction, voulu faire une œuvre de pure érudition, c'est-à-dire de banale compilation où les renseignements vraiment primordiaux sont noyés dans un fatras d'indications aussi diverses et décevantes que parfaitement inutiles et nuisibles même pour le praticien. Son but tout pratique est d'être utile au lecteur.

Nous conclurons en souhaitant à ce *Vade-mecum des maladies médico-chirurgicales du tube digestif* tout le succès qu'il mérite et qu'il aura, car il répond à un réel besoin.

REVUE DES THÈSES

par Mme Durdan-Laborie

Les complications mastoïdiennes et intracraniennes des otites moyennes suppurées chroniques. M. Barbarin (*Thèse de Paris*, 1902, n° 152).

Ces complications s'observent plus souvent dans les otites moyennes chroniques que dans les otites aiguës.

Le diagnostic des lésions mastoïdiennes est ordinairement facile, il n'en est pas de même des lésions intracraniennes, 9 fois sur 10, il n'existera que des signes de compression ou d'irritation cérébrale insuffisants pour localiser l'affection.

L'opération radicale de Zaufal est la méthode de choix. Cette opération agit non seulement en amenant la guérison d'une lésion locale très ancienne, mais en modifiant heureusement l'état général.

Le traitement des complications intracraniennes, à mesure qu'il devient moins timide, est plus efficace; il faudra donc l'employer rapidement, même dans les cas désespérés et où l'intervention amène quelquefois une véritable résurrection.

Du massage en gynécologie. Mlle Berlatzki (*Thèse de Paris*, 1902, n° 153).

Parmi les nombreux moyens auxquels ont recours les médecins dans le traitement des maladies des femmes, le massage gynécologique par la méthode de Thure Braud pure ou par la méthode locale, a pris une place considérable.

Ce traitement épargne à la femme des souffrances pénibles avec leur cortège de symptômes réflexes, et quelquefois dans la suite une intervention opératoire.

Le massage digital local est indiqué dans les affections suivantes :

Annexites (salpingite catarrhale et parenchymateuse, puis ovarite chronique);

Paramétrite, périmétrite, métrite, déviations utérines avec ou sans abaissement de l'utérus.

La durée des séances est de dix à quinze minutes; leur nombre est très variable, il est en raison directe de la chronicité et de l'étendue des lésions.

Le plus souvent ce sont les troubles fonctionnels qui s'améliorent le plus rapidement, alors que les lésions locales disparaissent moins vite. Le massage doit être pratiqué au moins pendant deux mois.

Le traitement est inoffensif, et dans le cas où il resterait inefficace, on pourra toujours recourir à des traitements plus radicaux.

Contribution à l'étude de la sérothérapie antidiphtérique. M. Fourniols (*Thèse de Paris*, 1902, n° 133).

L'efficacité de la sérothérapie dans la diphtérie ne peut plus être mise en doute. On peut cependant discuter sur la façon d'employer ce médicament merveilleux.

L'étude des faits, depuis quelques années, montre que la diphtérie devient plus meurtrière et plus maligne.

Cette même étude montre que les résultats obtenus sont bien meilleurs, bien supérieurs et plus constants, si on fait usage de doses plus élevées, même dans la diphtérie d'apparence légère.

Les doses massives, d'emblée, sans attendre le résultat bactériologique, s'imposent. L'âge de l'enfant est secondaire, se baser sur les stigmates de l'intoxication.

Ces doses seront de 60, 80 et même 100 cc.

Contribution à l'étude des varices des régions sus et prépubiennes pendant la grossesse. M. Legros (*Thèse de Paris*, 1902, n° 131).

Au nombre des états morbides développés pendant la gros-

sesse, un des plus fréquents est sans contredit la dilatation des veines.

Ces varices atteignent plus particulièrement la région sus-pubienne et les organes génitaux. Elles apparaissent à toutes les époques de la grossesse; ordinairement elles sont peu développées, mais elles sont susceptibles d'atteindre parfois un volume considérable.

On ne peut tirer de leur présence aucune conclusion favorable à l'existence d'une grossesse gémellaire, d'une présentation vicieuse, ou d'une viciation du bassin.

Par contre leur disparition au cours d'une grossesse pourrait faire croire à la mort du fœtus. Bien développées, elles pourraient témoigner d'une dilatation anormale des veines du ligament rond et du plexus utéro-ovarien. Leur volume exagéré augmenterait peut-être les difficultés et les dangers de la symphyséotomie.

Traitement des ulcères variqueux par l'incision circonférentielle de jambe (méthode de Moreschi et ses modifications). M. DURAND (*Thèse de Paris*, 1902, nº 140).

Si « la cure radicale des varices est une utopie, car on ne peut refaire les veines d'un membre », celle de l'ulcère variqueux demeure, à juste titre, un idéal thérapeutique. Les efforts de la chirurgie dans cette voie ont été réellement bienfaisants.

On sait que l'ulcère variqueux est la conséquence d'un trouble trophique dépendant des systèmes nerveux et circulatoires; il est donc rationnel de s'adresser à l'un et à l'autre de ces deux systèmes.

L'incision circonférentielle de jambe, faite suivant la méthode de Moreschi ou suivant la modification de Mariani, surtout lorsqu'elle est haut située (jarretière), modifie les conditions de circulation et d'innervation de tout le segment de membre sous-jacent, par conséquent influe sur la totalité des lésions.

On transforme, comme le fait la seule résection de la saphène interne, des varices à grande tension, en varices à faible tension.

On réalise une névrotomie des filets nerveux se rendant à

l'ulcère, ce qui donne satisfaction à la théorie nerveuse et supprime la douleur.

Des faits en plus grand nombre sont nécessaires pour juger définitivement cette sorte d'intervention et pour se prononcer en faveur de tel procédé en particulier ou de l'association de plusieurs d'entre eux, selon les indications qu'ils nous apprendront à connaître.

Contribution à l'étude des gangrènes cutanées d'origine hystérique. M. Le Gall (*Thèse de Paris*, 1902, n° 138).

On se trouve assez souvent en présence d'eschares sacrées survenues chez des individus atteints de paralysies hystériques, mais ces dernières s'expliquent par un décubitus prolongé.

On a également observé l'affection de Raynaud chez des hystériques, mais dans ce cas les lésions gangréneuses sont très limitées et très superficielles, ce qui n'a pas lieu dans la gangrène cutanée d'origine hystérique.

Quant aux observations de gangrène de la peau à foyers multiples, se montrant spontanément sans aucun mauvais état général, elles sont peu nombreuses dans la littérature médicale.

Le traumatisme initial et le grattage ne sont pas nécessaires pour expliquer l'apparition de la gangrène; un choc moral paraît pouvoir jouer le même rôle qu'un traumatisme réel.

Le traitement psychique paraît être le plus rationnel de la gangrène cutanée d'origine hystérique.

L'anémie des nourrissons dyspeptiques. M. Rougier (*Thèse de Paris*, 1901, n° 103).

Il existe chez le nourrisson une anémie très fréquente dont l'étiologie diffère de celle des variétés d'anémie qu'on rencontre le plus souvent chez l'adulte.

Si un nourrisson est mal nourri, s'il digère mal, s'il est dyspeptique, l'anémie est, pour ainsi dire, fatale. Celle-ci est beaucoup plus fréquente que celles de la tuberculose, de la syphilis, du paludisme, de la lymphadénie.

La forme de dyspepsie qui l'accompagne est surtout l'atonie gastrique par dilatation.

La prophylaxie est tout entière dans un bon allaitement, l'enfant doit être nourri au sein par une bonne nourrice pendant un temps suffisant.

L'allaitement artificiel n'est qu'un pis-aller. Ne donner aucun aliment solide avant le dixième mois ; le sevrage doit être tardif et gradué. La thérapeutique sera surtout hygiénique, elle comportera :

La réduction du nombre des repas à quatre par 24 heures ; quantité de lait un demi-litre par jour.

Le choix des aliments qui seront tendres, riches en principes assimilables et présentés sous un petit volume.

La prescription des médicaments destinés à réveiller l'activité gastrique et à maintenir libres les voies digestives. L'administration du protoxalate de fer à la dose d'un centigramme par année d'âge.

Contribution à l'étude et au traitement de l'ongle incarné.
M. Aymé (*Thèse de Paris*, 1901, n° 89).

Certains auteurs prétendent à tort que l'ongle incarné ne présente aucune gravité ; sans doute cette affection ne peut compromettre la vie, mais la santé se trouve souvent altérée ; les patients souffrent physiquement et moralement assez pour voir leur état général s'affaiblir.

On peut empêcher par des soins hygiéniques du pied la production de l'ongle incarné. Le traitement médical ne donne que très rarement un résultat favorable et encore n'est-il pas permanent.

Le seul traitement logique et curatif consiste dans l'ablation complète de l'ongle, suivie d'une incision complète des parties dermiques péri et rétro-unguéales.

NOUVELLES

COURS DE VACANCES. — (2e série.)

De lundi 6 au samedi 18 avril, des cours et démonstrations pratiques dont la liste suit se feront à l'Hôtel des Sociétés Savantes, rue Serpente, et dans différents hôpitaux.

1° *A l'Hôtel des Sociétés Savantes, rue Serpente.*

Gynécologie	Dr Arrou.
Bactériologie	Dr Macaigne.
Ophtalmologie	Dr Terson.
Oto-rhino-laryngologie	Dr Laurens.
Thérapeutique dermatologique et syphiligraphique	Dr Leredde
Massage	Dr Marchais.
Maladies des voies urinaires	Dr Noguès.
Électrothérapie	Dr Zimmern.
Maladies mentales	Dr A. Marie.
Art de formuler	Dr Joanin.

2° *Dans différents hôpitaux.*

Chirurgie pratique	Dr Souligoux (Lariboisière).
Maladies du cuir chevelu	Dr Sabouraud (Saint-Louis).
Maladies de l'estomac	Dr Soupault (Bichat).
Auscultation et percussion du cœur et des poumons	Dr Caussade (Tenon).

Le droit d'inscription pour chaque cours (qui comprendra en moyenne neuf leçons) est fixé à 20 francs, payables en s'inscrivant.

Les programmes détaillés seront envoyés sur demande.

Pour les inscriptions et tous renseignements, s'adresser : au Dr Marchais, 10, rue Labruyère, Paris, IXe.

FORMULAIRE

Pommade de Reclus.

Iodoforme pulvérisé..................		1 gr.
Salol..............................		2 »
Acide borique pulvérisé..............	âà	5 »
Antipyrine pulvérisé.................		
Vaseline pure........................		40 »

Cette pommade est à la fois antiseptique, antiputride et analgésique. Elle convient au pansement de toutes les plaies et particulièrement de celles qui suppurent ou sont d'une asepsie douteuse (*Bull. des Soc. pharm.*).

La chrysarobine contre les hémorroïdes (Rounne).

Chrysarobine..................	0,075
Iodoforme.....................	0,002
Extrait de belladone..........	0,001
Beurre de cacao...............	2,0

Pour un suppositoire. Deux ou trois par jour.

Chrysarobine..................	1,5
Iodoforme.....................	0,5
Extrait de belladone..........	1,0
Vaseline......................	20,0

Pour un onguent.

Le Gérant : O. DOIN

Imp. F. Levé, 17. rue Cassette. — Paris-6e



Les médecins en Égypte. — La population en France. — Le foot-ball et les accidents. — Les épanchements pleuraux et le cyto-diagnostic. — L'homme le plus âgé du monde. — L'état sanitaire de Cuba. — Prochain congrès de médecine sociale à Vienne. — Diminution des lécithines dans les laits chauffés.

A l'occasion du récent Congrès médical du Caire, il n'est pas sans intérêt de connaître l'importance qu'a le corps médical égyptien. D'après la *Lancet* de Londres, il y aurait actuellement en Égypte 1.211 médecins de différentes nationalités, dont 604 sont européens, 85 sont diplômés d'une université persane ou turque de Téhéran ou de Constantinople, 45 sont des Égyptiens diplômés d'une université européenne, et les 477 non Européens qui restent, ont reçu leur éducation médicale au Caire où se trouve la seule école de médecine qui existe dans toute l'Égypte. Le nombre des médecins grecs a une tendance à augmenter continuellement en ce pays.



Nous continuerons, dit le *Journal des Débats*, à être le peuple de l'Europe et probablement du monde qui a le moins d'enfants. Le nombre des enfants naturels reste quasi strictement identique chez nous depuis quarante ans, à savoir aux environs de 75.000 (74.693 en 1901). Par contre, le nombre d'enfants légitimes par ménage continue à faiblir : même dans l'année 1901, il marque une réduction, si l'on tient compte du chiffre accru des mariages

en 1899, 1900 et 1901 même, la plus grande partie, il est vrai, des mariages de cette dernière année ne pouvaient avoir eu d'effet qu'à partir de 1902.

Le seul trait vraiment satisfaisant du mouvement de la population en 1901, c'est la diminution sensible du chiffre des décès : il ne s'élève dans cette année qu'à 784.876, contre 853.285 l'année précédente, soit une diminution de 78.500 décès en chiffres ronds. La moyenne des décès dans toute la période de 1891-1900 était de 829.039, de sorte que, relativement à cette moyenne décadaire, la réduction a été de 44.000.

°°°

Le jeu ne serait-il qu'un massacre déguisé? Cette réflexion est de mise en présence des accidents mortels que provoque le football aux États-Unis. Rien d'étonnant à ce qu'une campagne ait été entreprise contre ce sport. Malgré les appareils de protection en usage tels que jambières, casques, cuirasses de cuir ou même d'acier 17 jeunes gens auraient été tués depuis trois mois, 40 estropiés pour toute leur vie et 300 blessés grièvement.

°°°

Le cyto-diagnostic des épanchements pleuraux donne des renseignements que M. Pitres (de Bordeaux) résume comme il suit :

Une pleurésie aseptique de nature mécanique est caractérisée par la prédominance dans le liquide extrait de la plèvre de cellules endothéliales isolées ou en placards. L'apparition de mononucléaires ou de polynucléaires doit faire songer à une complication pulmonaire, infarctus, embolie, congestion.

La polynucléose d'un liquide pleurétique indique la nature infectieuse de la pleurésie. La présence de cellules endothéliales indique le début de l'épanchement; celle des lymphocytes, l'évolution vers la guérison; l'augmentation des polynucléaires, la tendance à la suppuration.

La constatation dans un liquide pleural d'éléments cellulaires, rares, vieillis et déformés, indique une pleuro-tuberculose secondaire. La constatation d'une lymphocytose pure doit toujours faire penser à une pleuro-tuberculose primitive.



L'homme le plus âgé de la terre était, d'après le *Petit Bleu*, Elijah Bledsoz, mort le 11 novembre dernier à Harrodsburg dans le Kentuchy. Il prétendait être âgé de cent trente-trois ans, et personne ne mettait sa parole en doute. Jusqu'à ces derniers temps il gagnait sa vie en fabriquant et en vendant des nattes et paillassons, mais, devenu à la fin trop faible pour travailler, il vint demander asile dans un hospice, où il mourut.



On peut dire que les Américains ont fait de Cuba une île saine, de malsaine qu'elle était auparavant. Les conditions sanitaires semblent se maintenir grâce à l'essor donné à l'hygiène pendant la période d'occupation militaire. Si l'on s'en rapporte à une correspondance du major Gorgas, autre fois membre du corps médical américain de la contrée, on y jouirait d'un excellent état de santé, qu'aucun cas de fièvre jaune n'est venu modifier, depuis onze mois, alors qu'on sait que cette affection était endémique à la Havane.



En Autriche, comme en beaucoup d'autres pays, dit la *Médecine orientale*, les conditions faites au corps médical par les nouvelles lois sociales rendent la situation des praticiens difficile dans la lutte pour la vie, car c'est presque toujours au détriment des médecins que les législateurs entendent faire profiter le public des avantages de la médecine. Pour protester énergiquement contre cet état de choses, l'Association des médecins de Vienne

a décidé de convoquer au printemps prochain un Congrès de médecine sociale auquel prendront part les délégués de toutes les Sociétés médicales d'Autriche, et qui doit être le point de départ d'une sorte de Fédération des médecins autrichiens.

°°°

On sait que le lait stérilisé a été incriminé pour expliquer le plus grand nombre de cas de maladies de Barlow observés chez les jeunes enfants en ces dernières années. Sans vouloir prendre parti dans le débat, il est certain que le chauffage du lait entraîne la diminution des lécithines que cet aliment contient normalement. C'est ce qui résulte des recherches de MM. Bordas et S. de Raczkowski et de leur récente communication à l'*Académie des sciences*. Ces auteurs ont constaté que le chauffage du lait pendant trente minutes à 95° à feu nu produit une diminution de 28 p. 100 de la licithine. Si, au lieu de chauffer à feu nu, on élève la température au moyen d'un bain-marie, la perte observée n'est plus que de 12 p. 100. Enfin si on chauffe le lait à 105-110° dans un autoclave, on obtient une diminution sensiblement plus élevée, que par le chauffage à 95° à feu nu, perte notable puisqu'elle atteint 30 p. 100 de la totalité de la licithine. On voit donc, concluent MM. Bordas et S. de Raczkowski, qu'il sera toujours préférable, lorsqu'il s'agira de pasteuriser le lait, de faire cette opération en chauffant au bain-marie, mais que néanmoins le lait ainsi chauffé perdra environ 12 p. 100 de sa licithine. La décomposition d'une partie de la licithine dans les laits stérilisés à 105-110° permet de comprendre, dans une certaine mesure, le mécanisme des troubles digestifs qui ont été signalés chez certains nouveau-nés soumis au régime exclusif d'un aliment ainsi appauvri.

HYDROLOGIE

De la douche écossaise sulfureuse dans le traitement de la tuberculose pulmonaire,

par M. Berthier,
Médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains,
Ancien Répétiteur de l'Ecole du service de santé militaire.

Voici quatre ans que j'applique systématiquement la douche écossaise aux tuberculeux pulmonaires dans mon service de l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains, où j'ai à traiter des malades de tous âges, officiers ou fonctionnaires, présentant toutes les gammes de gravité de la tuberculose. La douche écossaise fait partie d'une formule de cure sulfurée, très différente de la formule des Eaux-Bonnes : celle-ci réduite à peu près exclusivement à l'usage interne de l'eau paraît avoir jusqu'ici monopolisé le traitement sulfuré de la tuberculose pulmonaire, et ses échecs ont mis en défiance médecins et malades. Je trouve la preuve de cette défiance dans ce fait que beaucoup de malades arrivent à Amélie avec recommandation de leur médecin ordinaire de ne pas faire usage du traitement thermal : ils viennent seulement pour bénéficier du climat. Et il arrive que tel malade, à qui pour des raisons exceptionnelles le diagnostic de

bacillose doit rester caché, se réjouit d'être soumis au traitement sulfureux, car c'est pour lui la meilleure preuve qu'il n'est pas tuberculeux. Je ne puis rappeler ici les méfaits attribués à la cure sulfurée ; je me suis suffisamment expliqué à ce sujet dans ma communication au Congrès international de médecine 1900 (Section Militaire) (1) et dans ma communication au Congrès international d'hydrologie de 1902.

La formule de cure sulfurée que j'ai proposée comporte :

1° Le humage à température abaissée à 30°, qui réalise un traitement topique, sans produire d'irritation ni de phénomènes congestifs, qui rend la respiration plus facile, calme la toux, modifie et facilite l'expectoration rendue plus fluide et exerce sur la surface respiratoire une action antiseptique ;

2° L'eau sulfureuse en gargarisme ;

3° L'eau sulfureuse en boisson, donnée en petite quantité et avec une grande circonspection, à condition que l'estomac et l'intestin soient en bon état, que les malades n'aient pas de fièvre et ne soient pas sujets aux hémoptysies ;

4° La douche écossaise, sur laquelle je m'étendrai plus longuement, qui fait plus particulièrement l'objet de cette note.

Avec la douche écossaise, on réalise dans les meilleures conditions une des prescriptions hygiéniques les plus importantes dans le traitement de cette maladie. La peau, large source de réflexes, est en rapport avec toutes les fonctions de nutrition ; son excitation active la respiration. Elle est aussi notre moyen de défense contre le froid : elle réagit

(1) *Gazette des Eaux*, 1900, nos 2.167, 2.168 et 2.169.

en activant sa circulation. En présence d'un coup de froid, les vaisseaux de la périphérie se contractent, le sang tend à refluer vers les organes profonds ; à ce moment se produit la réaction, si la peau fonctionne normalement : il se fait en surface un afflux sanguin qui réchauffe la périphérie et s'oppose aux congestions profondes.

Combien est lamentable l'état des phtisiques dont la peau est sèche, mal irriguée, couverte d'un enduit visqueux, concrétion de sueurs excessive. Grelottants, frileux, ils se défendent mal contre l'impression du froid en se blottissant au coin d'un feu, en s'enfermant dans une atmosphère surchauffée et confinée, en se recouvrant outre mesure de vêtements insuffisants à les protéger. Survienne un coup de froid et le sang chassé de la périphérie est refoulé dans la profondeur, congestionne les poumons sans que la peau réagisse : le froid a aggravé la lésion pulmonaire.

Il importe chez ces malades de dresser la peau à cette réaction-défense. La circulation de la surface du corps agit à la façon d'un ressort dont nous pouvons augmenter la puissance réactionnelle par le traitement thermal. Le but est de façonner un phtisique habitué à réagir contre le froid.

La plupart de mes malades tuberculeux reçoivent la douche écossaise, qui est donnée deux fois par semaine. C'est une douche en pluie combinée à une douche en jet. Elle est administrée chaude à 36 degrés, pendant une minute et elle est terminée par une application de froid très courte dont la température varie suivant l'accoutumance, mais qui ne descend pas au-dessous de 25°. Cette combinaison réalise un écart de température suffisant pour éveiller la réaction contre le froid. La première partie de la douche ne doit provoquer aucune sensation désagréable, ni de chaleur excessive, ni de fraîcheur. Il y a là une impression de valeur

très individuelle. La température de 36° convient dans la très grande majorité des cas. Le coup de froid est donné pendant trois à quatre secondes à 28° ou à 25°. Le coup de froid survenant après l'application du chaud est très facilement supporté et ne provoque pas de sensations pénibles.

J'ai l'habitude de donner moi-même la douche aux tuberculeux. La présence du médecin, son intervention leur donne confiance et aussi les met dans l'obligation de ne pas manquer la séance de douche. Il est toujours assez pénible à un tousseur, surtout pendant l'hiver, de s'arracher à son lit, de se dépouiller de ses vêtements pour venir affronter un jet d'eau froide. Il faut pour cela beaucoup de discipline. Mais, dans la pratique, cette intervention médicale n'est pas du tout indispensable. Il suffit d'un doucheur exercé et de prescriptions précises.

Cette douche est donnée à une heure peu matinale, entre 9 et 10 heures du matin. L'atmosphère tiède des thermes constitue aussi un correctif et prémunit contre tout refroidissement avant ou après la douche. Le malade quitte le vestiaire enveloppé dans un grand peignoir en molleton et coiffé d'une calotte en caoutchouc qui préserve la tête contre l'action directe de la douche en pluie et garantit les cheveux qui ne doivent pas être mouillés pendant la douche. On les assécherait difficilement et ce serait une cause de refroidissement.

Un masseur frictionne rapidement la poitrine pour obtenir une légère révulsion qui prépare la peau à la réaction. La douche en jet est d'abord dirigée pendant quelques secondes sur les jambes et les pieds. Puis le malade passe sous la douche en pluie qui est à la température de 36°, en maintenant autant que possible la tête en dehors de la gerbe d'eau. L'avantage de la douche en pluie est d'agir sur toute

l'étendue du corps à la fois et de répartir uniformément les effets thermiques. En même temps avec le jet plein on douche toute l'étendue du tronc en arrière. Cette douche en jet est faiblement percutante : sa portée est d'environ 5 mètres et l'orifice de la lance a seulement un centimètre. Pour l'application du froid, le jet plein est brisé avec le pouce et transformé *en éventail*. Le malade est aussitôt enveloppé dans un peignoir chaud, et un masseur frictionne rapidement la poitrine et le haut du corps. La réaction est immédiate et toute la surface est envahie par une agréable et douce chaleur. Cette réaction doit se faire sans tarder; au besoin elle serait provoquée par des frictions prolongées. Le malade ne doit pas rester sous l'impression du froid.

Le dispositif de l'appareil permet de faire varier à volonté et rapidement la température de la douche. Un petit cylindre mélangeur reçoit de l'eau sulfureuse chaude et de l'eau sulfureuse réfrigérée. L'arrivée de l'une et de l'autre est commandée par des manettes pourvues d'une aiguille indicatrice qui se meut sur un cadre gradué indiquant le degré d'ouverture de la canalisation de l'eau chaude et de la canalisation de l'eau refroidie. Il est de cette façon facile de combiner les variations de température.

La douche écossaise ne s'applique pas seulement aux tuberculeux du début; elle est très bien supportée par les tuberculeux du deuxième et même du troisième degré. Les contre-indications sont : l'évolution aiguë, un état de fièvre continue, un état d'affaiblissement trop grand, de cachexie qui empêcherait le malade de réagir sous la douche. Elle ne doit pas être appliquée aux phtisiques porteurs de grandes cavités et épuisés par la maladie, à ceux qui ont des lésions très étendues avec une expectoration très abondante, aux malades atteints de laryngite tuberculeuse, de pleurésie avec

épanchement. Les sujets âgés ne sont pas non plus justiciables de la douche écossaise.

La douche laisse un état de bien-être qui persiste le reste de la journée; elle rend la respiration plus facile, plus large; elle fouette l'organisme, le tonifie, lui donne une vigueur plus grande dont les malades ont parfaitement conscience. Elle aguerrit contre le froid.

Ces pratiques hydriatiques en phtisiothérapie choquent nos opinions; en France elles ne sont pas encore entrées dans nos habitudes médicales. Dans les sanatoria allemands les douches froides ont été employées avec succès contre la phtisie. Mais ces douches comportent avec elles un certain chiffre d'aggravations. Le froid appliqué d'emblée surprend trop brutalement une peau inerte, mal préparée à la réaction. La douche écossaise a l'avantage de ne pas comporter ces aléas; appliquée dans des conditions convenables, elle est exempte de dangers.

La friction sèche préalable, la douche chaude avant l'application du froid provoquent l'appel de sang à la surface et préparent ainsi la peau à la réaction. Friction sèche et application chaude ne sont que des moyens; le coup de froid est surtout la raison d'être de la douche. Avec la douche on désencombre la peau des produits de desquamation et de sudation, on favorise la nutrition et les fonctions de la peau en activant sa circulation; on accoutume le corps à réagir en présence du froid et ainsi on évite aux phtisiques bien des complications pulmonaires.

L'hydrothérapie est importante dans le traitement de la phtisie pour toutes les raisons que nous venons de développer. C'est pour cela qu'autrefois à Amélie on donnait aux phtisiques des bains sulfureux, des bains mitigés, des demi-bains. Mais, dans nombre de cas, ces bains ne pouvaient

pas être supportés ; ils provoquaient de l'oppression, des hémoptysies et compromettaient la cure.

L'action salutaire demandée par les anciens médecins aux bains entiers est obtenue beaucoup mieux et d'une façon sûre par la douche écossaise qui n'entraîne pas de sueurs excessives, d'affaiblissement, de congestions profondes. A la sortie des thermes les malades n'ont pas la peau moite et chaude, mais une bonne sensation de fraîcheur, qui accompagne un bien-être général et une plus grande vigueur. La douche écossaise a donné du remontement et de l'endurance.

Dans ma communication au Congrès de Grenoble, j'ai apporté le bilan de 141 observations médicales que j'ai prises dans mon service de l'hôpital militaire d'Amélie.

	AMÉLIORATION	ÉTAT STATIONNAIRE	AGGRAVATION	DÉCÈS
1er degré. 46 malades.	40	5	1	»
2e degré. 71 malades..	54	13	4	»
3e degré. 24 malades.	6	4	6	0

		HÉMOPTYSIES PENDANT LE SÉJOUR A L'HÔPITAL	PAS D'HÉMOPTYSIE PENDANT LE SÉJOUR A L'HÔPITAL
1° Hémoptysies dans les antécédents	55 malades.	10	46
2° Pas d'hémoptysies dans les antécédents	85 malades.	4	81

Cette statistique, établie avec rigueur, est encourageante.

Elle prouve que l'eau sulfureuse, qui a été accusée de congestionner les poumons, de provoquer des hémoptysies, n'est pas nocive aux tuberculeux, dans les conditions d'application que j'ai précisées. Elle met en valeur la douche écossaise, qui constitue un élément important dans cette formule nouvelle de cure sulfurée. Cette pratique thermale trouve un appui dans les expériences de MM. Robin et Binet qui ont constaté que, sous l'influence de la douche écossaise les échanges respiratoires subissent une *baisse considérable*.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

SÉANCE DU 25 FÉVRIER 1903

Présidence de M. DU CASTEL.

Le procès-verbal de la dernière séance, lu et mis aux voix, est adopté.

Correspondance.

1° Lettres de remerciement de MM. Debuchy et Fiessinger.

2° Lettres de candidature de MM. Berlioz, Bertherand, Chevalier, M. Faure et Laumonier, aux deux places vacantes dans la section de médecine.

Ces lettres seront renvoyées à une Commission composée de MM. Legendre, Sevestre et Fiessinger, rapporteur.

3° Lettre de M. Cagny, vétérinaire, correspondant, posant sa candidature à la place libre dans la section des vétérinaires.

Renvoyée à la section.

A l'occasion du procès-verbal.

Sur la méthode de comparaison en thérapeutique,

par M. G. Linossier.

Dans la communication qu'il nous a faite au cours de la dernière séance, M. Leredde a abordé une question qui me paraît digne de retenir quelque temps l'attention de la Société.

Il est hors de doute qu'en aucune branche de la science médicale, il ne règne plus d'incertitude qu'en thérapeutique. Tandis que, partout ailleurs, tout progrès dans la conquête de la vérité peut être considéré comme acquis, toute pierre nouvelle apportée à l'édifice y prend sa place définitive, nous passons notre temps, dans l'étude des médicaments, à détruire l'œuvre de nos devanciers, quand ce n'est pas la nôtre propre, et nous ne construisons que sur des ruines. Plusieurs générations de médecins, parmi lesquels nous pouvons citer quelques-uns des plus grands génies dont s'honore notre science, ont considéré la saignée comme une médication de premier ordre : nous ne saignons plus. Au début de nos études médicales, on n'eût pas cru pouvoir soigner une pneumonie ou une pleurésie sans appliquer au niveau de la lésion un ou plusieurs vésicatoires, aujourd'hui nous les repoussons comme dangereux. « Celui qui les prescrit passe pour un criminel, me disait un jour, plaisamment, un de leurs derniers et convaincus défenseurs, notre collègue Albert Robin, et celui qui se les laisse appliquer pour un imbécile ! » Je pourrais occuper plusieurs séances de la Société à l'énumération des panacées d'hier et d'avant-hier, dédaigneusement laissées dans l'oubli aujourd'hui. C'est le progrès dira-t-on ? Hélas ! pouvons-nous nous flatter que nos successeurs auront plus de res-

pect pour notre œuvre que nous n'en avons eu pour l'œuvre de nos aînés? Est-elle vraiment bien plus solide? A combien de nos médicaments favoris pouvons-nous, sans hésiter, promettre un avenir durable? Comme Pénélope, la thérapeutique détruit chaque soir son travail du jour; je n'irai pas jusqu'à dire qu'elle ne progresse pas, ce serait inexact; mais vous reconnaîtrez tous avec moi que le progrès n'est pas en rapport avec la somme énorme de travail dépensé.

C'est que, comme nous l'a très bien dit M. Leredde, la méthode manque à la plupart des expérimentateurs. Bien rares sont ceux qui nous apportent, sur tel ou tel point de l'art de guérir, des faits capables d'entraîner notre conviction. La masse des travaux, qui se publie chaque jour, a beaucoup plus pour résultat d'ébranler nos anciennes croyances que d'en développer de nouvelles.

Attirer sur les imperfections de nos méthodes en matière de recherches de thérapeutique clinique, l'attention des chercheurs est bien. Indiquer les moyens de la perfectionner serait encore mieux, mais infiniment plus difficile. M. Leredde a eu le courage de le tenter, et il nous a indiqué, sous le nom de *méthode de comparaison*, le plan d'études qu'il conseille aux expérimentateurs d'avenir.

Il part d'une notion juste, c'est que la valeur absolue d'un médicament ou d'une médication est pour le médecin une notion moins importante que sa valeur relative. Un remède nouveau vaut-il plus ou moins que tel remède habituellement employé, voilà ce qu'a besoin de savoir le praticien. Puisque donc l'étude d'un procédé thérapeutique doit aboutir à une comparaison, employons dès le début, nous dit notre collègue, une méthode de comparaison; et cette méthode consiste à prendre vingt malades, à les diviser *au hasard* en deux séries, dont l'une sera traitée par le médicament à étudier, l'autre sera mise en simple observation. La comparaison des résultats obtenus dans l'une et l'autre série permettra d'établir des conclusions sur une base indiscutable.

Ne me sentant pas de taille à aborder dans son ensemble une

question telle que celle de la méthode en thérapeutique, je me contenterai de faire quelques remarques relatives à la méthode proposée par M. Leredde, qui n'est pas aussi irréprochable qu'il semble le croire.

Je passe rapidement sur quelques inconvénients, qu'il serait aisé d'éviter.

Ainsi il est bien souvent difficile, en pratique, de laisser sans traitement la moitié de ses malades. S'il s'agit de maladies graves, douloureuses, c'est même absolument impossible, mais on peut tourner la difficulté de deux manières : ou bien on traitera une moitié de ses malades par la méthode classique la meilleure, et l'autre moitié par la méthode à l'étude, que des raisons théoriques font supposer encore préférable; ou bien on traitera tous ses malades par la méthode classique, en donnant par surcroît à une moitié le médicament en expérience. C'est ce que vient de faire, pour l'étude du sérum antityphique, M. Chantemesse. Tous ses sujets ont été soumis au traitement hydrothérapique actuellement en usage dans les hôpitaux de Paris, une partie seulement a reçu en plus le sérum. La comparaison est toujours la base de la méthode.

Le point sur lequel je me sépare tout à fait de M. Leredde est le suivant. C'est le hasard seul, d'après notre collègue, qui doit répartir les malades dans l'un ou l'autre des deux lots à comparer, pour que soit évitée la suspicion même d'un parti pris de l'expérimentateur dans cette répartition.

Eh bien, je le déclare énergiquement, je ne consentirai jamais, dans un travail scientifique, à choisir le hasard comme collaborateur. La méthode que préconise M. Leredde se résout en somme à une statistique restreinte; or je considère la statistique comme un déplorable procédé d'études en matière de thérapeutique. Ses conclusions empruntent aux chiffres qui les expriment l'apparence de la rigueur mathématique, mais l'apparence seulement, à moins que les calculs ne portent sur un très grand nombre d'unités ce qui est rarement le cas dans l'espèce.

Le travail de M. Chantemesse, auquel j'ai déjà fait allusion,

me fournit un exemple, entre beaucoup, de l'incorrection des statistiques réduites : Du relevé de 371 observations de fièvre typhoïde traitées par les bains froids, il conclut à une mortalité moyenne de 29 p. 100.

Cette moyenne est incontestable au point de vue arithmétique ; elle est évidemment trop élevée cependant, par le fait du hasard qui a groupé, parmi les cas relevés, une proportion anormale de cas particulièrement graves, et, bien que portant sur un nombre de cas assez considérable, nous donnerait une idée fausse du degré de gravité de la fièvre typhoïde. Si je relève les statistiques partielles en lesquelles se décompose la statistique globale de M. Chantemesse, les chiffres sont encore bien plus extraordinaires : la mortalité varie de 12 p. 100 (hôpital Saint-Antoine) à 56 p. 100 (maison de Santé). Croirait-on qu'il s'agisse de la même maladie, à la même époque, dans la même ville, avec le même traitement? Et cependant les deux statistiques partielles dont résultent les chiffres ci-dessus portent sur 51 et 57 cas. Nous sommes déjà loin des deux séries de dix malades que M. Leredde suppose suffisantes pour une comparaison.

Je pourrais multiplier de tels exemples. La conclusion sera toujours la même, c'est que, dans la méthode de comparaison, si on charge le hasard de répartir les malades entre les deux séries à comparer, on aura grande chance d'obtenir, à la fin de l'expérience, des chiffres exacts sans doute au point de vue de l'arithmétique, mais sans valeur au point de vue des conséquences à en tirer, à moins que les recherches ne portent sur des centaines de cas. Dans le cas contraire, presque autant vaudrait tirer la conclusion du travail à pile ou face.

Au contraire, si, dans les deux lots de comparaison, les malades ont été répartis avec sagacité, de manière que ces deux lots soient aussi semblables que possible, on pourra ajouter plus d'importance aux résultats. Cette répartition est certes délicate, difficile, incertaine même ; elle exige une étude approfondie des malades ; mais, si difficile qu'elle paraisse, si incertain que soit parfois le pronostic en médecine, je ne puis admettre qu'elle ne conduise à

des résultats plus précis que le tirage au sort. Le mieux serait, je crois, de s'efforcer de trouver un certain nombre de groupes de deux malades aussi comparables que possible, et de traiter par le médicament à étudier un des malades de chaque groupe. Si M. Leredde tient absolument à faire intervenir le hasard, qu'il le fasse intervenir par le choix, dans chacun des groupes, du malade qui sera traité. Il obtiendra ainsi le résultat qu'il recherche, l'impossibilité de toute suspicion d'un choix guidé par un parti pris, sans se priver de l'avantage d'une répartition intelligente des sujets d'étude.

Mais j'avoue que je ne comprends pas du tout cette méfiance exagérée de l'expérimentateur vis-à-vis de lui-même. Si on ne se sent pas capable d'une expérimentation volontairement et intelligemment impartiale, il faut renoncer à tout jamais à expérimenter, car le parti pris, que l'on a cherché à éliminer de l'organisation de l'expérience, reprendra ses droits au moment de l'interprétation des résultats.

Le médecin, incapable de s'abstraire de ses idées préconçues au point de fausser inconsciemment le résultat de ses études, en accumulant, je suppose, les malades graves dans le lot de comparaison, et les malades moins atteints dans le lot des sujets de l'expérience, le sera évidemment bien plus, le travail terminé, de considérer comme une guérison une amélioration momentanée.

Ou alors il faudrait avoir toujours un *criterium* incontestable du succès ou de l'échec du médicament. Ce criterium peut exister dans les maladies de la peau; il existe aussi dans les maladies aiguës qui se dénouent par la mort ou la guérison; mais dans le tabès, dans la paralysie générale, dont a parlé M. Leredde, dans tant d'autres maladies dont il n'a pas parlé, quel sera le signe du succès thérapeutique qui pourra être constaté sans qu'entre en jeu le jugement de l'expérimentateur, et sans que, par conséquent, puisse se manifester sa partialité, s'il en est capable?

Il faut donc absolument se résigner à l'intervention, dans toutes les recherches de thérapeutique, d'un coefficient personnel de valeur variable avec celle de l'expérimentateur, et, du moment

que ce coefficient intervient au moment capital de l'interprétation des résultats, il est tout à fait illusoire de chercher à l'éliminer au moment de l'organisation des expériences.

Je dirai plus. Bien loin de chercher à délimiter l'importance de l'appréciation critique des faits observés, dans la crainte que cette appréciation ne soit faussée par un parti pris hypothétique, je voudrais que les médecins, qui s'adonnent à de telles études, s'exerçassent à cette critique, et renonçassent au contraire à ne juger un médicament que sur le fait brutal du nombre de guérisons et d'échecs obtenus dans une série plus ou moins longue de cas observés. A ce compte, pas n'est besoin d'être médecin pour étudier un remède, et la meilleure étude de thérapeutique serait faite dans les bureaux de l'Assistance publique. Personne ne l'admettra. La valeur d'un médicament dans un cas donné, pour un clinicien attentif, se conclut bien mieux de l'observation précise des phénomènes réactionnels qui suivent son administration que de l'issue finale de la maladie. Tel cas malheureux nous a mieux convaincu de l'efficacité d'une méthode thérapeutique, qu'un cas heureux. Quant au grand nombre des observations, il n'est indispensable qu'à la méthode des statistiques. Je dois déclarer que les idées personnelles nettes que j'ai pu acquérir sur quelques médicaments, ont toujours eu pour origine une observation unique recueillie dans des conditions particulièrement favorables à l'analyse des phénomènes, les observations ultérieures n'ayant servi qu'à confirmer mon impression première. Je crois que, en rappelant leurs souvenirs, beaucoup de nos collègues seraient sur ce point d'accord avec moi.

Mais je ne veux pas me laisser entraîner. La question est très vaste, et je tiens à me restreindre aux limites que je me suis fixées au début de cette note, c'est-à-dire à la discussion de la méthode proposée par M. Leredde. Je résumerai en ces mots notre différend : M. Leredde se méfiant de l'expérimentateur veut confier au hasard une partie de sa besogne ; pour ma part je me méfie davantage du hasard, je le traite en ennemi et refuse de le prendre pour allié. Je ne consentirai jamais à jouer aux dés la solution d'une question scientifique.

Présentations.

I. — *Note sur l'Anesthésine,*

par le Dr CHEVALIER.

A la suite de l'intéressante communication du Dr Courtade, nous croyons devoir faire connaître à la Société le résultat de l'étude pharmacodynamique de ce médicament.

Nous ne donnerons ici que des conclusions, le détail des expériences sera publié d'ici peu, dans la thèse que M. Duplan fait actuellement sur l'anesthésine dans le laboratoire de M. le professeur Pouchet.

L'anesthésine est l'*éther éthylique de l'acide para-amidobenzoïque*. Il est fort peu soluble dans l'eau, plus soluble dans l'alcool, la glycérine, les huiles. Sa stabilité est très grande, pratiquement, il ne possède aucun pouvoir réducteur. En présence des divers excipients employés pour la fabrication des pommades, il demeure inaltéré.

Son absorption est lente, par suite de sa dissolution difficile dans les divers liquides de l'organisme.

L'ensemble de ces diverses propriétés jointes à son pouvoir anesthésique en fait un corps intéressant pour la thérapeutique. Son action comme anesthésique local est assez intense et supérieure, de l'avis des praticiens qui l'ont employé, à celle de l'orthoforme. Il faut cependant se garder de la comparer aux anesthésiques locaux du groupe de la cocaïne; son emploi en injections hypodermiques n'a donné que des résultats médiocres. Son pouvoir toxique est faible en raison de la lenteur de sa diffusion dans l'organisme.

De nombreuses expériences faites sur des cobayes, des lapins

et des chiens, nous ont conduit à fixer ainsi la toxicité de ce corps introduit par différentes voies :

		par kilogr.	
Par injection	intra-veineuse....	0 gr. 40	(chien)
—	dans l'estomac....	1 » 15	(lapin)
—	intra-péritonéale..	0 » 90	(cobayes)

Comme tous les corps de cette série, l'action toxique de l'anesthésine se fait surtout sentir sur le sang, dont il est un véritable poison. Il attaque rapidement les globules sanguins et transforme l'oxyhémoglobine en méthémoglobine. A la suite d'une injection intra-veineuse, cette action s'observe constamment, et, au bout d'un certain temps, on voit survenir de l'hémoglobinurie. La pression sanguine n'est pas influencée sauf à doses fort élevées ; le nombre des pulsations cardiaques est augmenté. Des troubles respiratoires et la paralysie avec quelques phénomènes tétaniques caractérisent cette intoxication dans laquelle les animaux meurent par asphyxie.

En résumé, l'anesthésine nous paraît être un anesthésique local à employer dans les cas où on a utilisé l'orthoforme. Il possède sur ce dernier l'avantage d'un pouvoir anesthésique plus intense, d'une stabilité plus grande ; de plus, il n'est pas irritant pour la peau et les muqueuses. En raison de son pouvoir toxique sur les globules sanguins, son emploi à l'intérieur devra toujours être surveillé.

(Travail du laboratoire de Pharmacologie et Matière Médicale de la Faculté de Médecine de Paris.)

II. — *Nouvelle seringue stérilisable, pour l'usage des ampoules stérilisées.*

M. Bardet présente, au nom de M. Bricard, une nouvelle seringue et appelle l'attention sur les perfectionnements vrai-

ment originaux dont cet appareil a été l'objet, de la part de son auteur.

Cette seringue, en effet, a pour avantage de représenter le per-

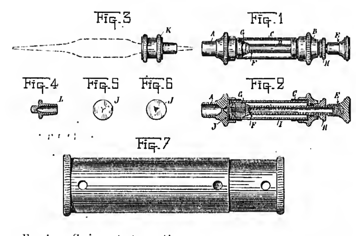


Fig. 1. — Seringue toute montée.

Fig. 2. — Corps de la seringue : A, embout recevant l'ajutage K ; J, rondelle de caoutchouc formant soupape ; F, tige creuse du piston E, tampon de mousse d'argent formant filtre ; C, garnitures formant fermeture hermétique.

Fig. 3. — K, ajutage pour vider l'ampoule dans la seringue après section des extrémités.

Fig. 4. — Tête de l'aiguille.

Fig. 5. — Rondelle soupape ouverte en piqûre de sangsue, fermée.

Fig. 6. — La même ouverte, pendant l'aspiration ou la compression.

Fig. 7. — Boîte, trouée, pour la stérilisation et le transport.

fectionnement du modèle courant auquel nous sommes habitués, comme on peut le voir par un simple coup d'œil. Mais, malgré cette apparence, chaque détail est fort différent du modèle commun : par un jeu de soupapes très originales, l'intérieur est complètement à l'abri de l'air extérieur qui ne peut y pénétrer ; le piston est muni d'une tige creuse, en rapport avec l'air, mais séparée de lui par un tampon de mousse d'argent, faisant filtre

stérile; l'ouverture est fermée par un diaphragme percé d'un trou en piqûre de sangsue, ce qui en fait une soupape très sûre Toutes les pièces de raccord sont à frottement, il n'existe pas de cannelures susceptibles de retenir les poussières. Un dispositif spécial fort ingénieux permet d'utiliser les ampoules du commerce et de les vider dans la seringue sans contamination possible. Enfin, le tout est renfermé dans un étui métallique qui permet de stériliser le tout et de conserver ensuite, jusqu'à usage, en état stérile la seringue et toutes ses pièces de raccord, y compris les aiguilles.

Nous avons vu défiler ici un grand nombre de seringues à injections hypodermiques, toutes avaient assurément des qualités, mais je ne crois vraiment pas qu'aucune présente un pareil ensemble de conditions à la fois ingénieuses et pratiques.

III. — *Moyen pour éviter la confusion des médicaments,*

par MM. E. Berger et Robert Loewy.

La confusion de médicaments anodins et de substances toxiques a occasionné de nombreux accidents, voire même des morts, accidents dont la responsabilité incombe aux gardes-malades, aux pharmaciens, parfois même aux médecins.

Feddersen, en 1885, relevait 104 observations d'intoxication grave par emploi d'atropine avec 12 cas de mort, et une statistique faite aujourd'hui sur les intoxications médicamenteuses donnerait des chiffres considérables, si les cas où les erreurs sont commises étaient publiés.

On a essayé de parer au danger à l'aide d'étiquettes portant des signes spéciaux : croix, tête de mort, etc. ; ce n'est pas suffisant, les accidents le prouvent.

M. Mourier, à la suite de faits retentissants, s'était occupé de la question; toutes les substances toxiques, conservées dans les hôpitaux, doivent être enfermées dans des récipients spéciaux,

impossibles à confondre avec les récipients ordinaires, contenant les substances non toxiques. La forme adoptée pour les substances toxiques est triangulaire, pouvant être distinguée, à première vue, de la forme ordinaire cylindrique. Les flacons triangulaires à toxiques sont en verre jaune ; ils ont deux de leurs faces relevées d'aspérités sensibles au toucher, en sorte qu'aussi bien à la vue (forme et couleur) qu'au toucher (forme et aspérités), la confusion est absolument impossible, aussi bien de nuit que de jour.

Cette division des récipients est assurément intéressante et utile, mais en pratique, il nous semble difficile d'adopter des types communs de récipients pour la quantité de substances de nature chimique si variées que l'on utilise actuellement et qui exigent souvent un récipient de qualité spéciale (verres colorés, bouchon à l'émeri, etc.).

Les résultats que les signaux colorés donnent dans les chemins de fer et dans la marine nous ont suggéré l'idée suivante que nous soumettons, *sans aucune prétention*, à l'étude.

Parmi les signaux colorés, le blanc indique : voie libre, pas de danger ; le vert signifie : ralentissement, précaution ; le rouge : voie barrée, défense.

Nous proposons, d'une façon analogue, l'emploi d'étiquettes de trois couleurs, étiquettes obligatoires de grande dimension, apposées sur tout flacon ou toute boîte de médicament.

L'étiquette blanche indique : substance inoffensive, emploi direct par le malade ; l'étiquette verte indique : précaution, emploi par le garde-malade ou le malade lui-même s'il est intelligent et conscient ; l'étiquette rouge : substance toxique, défense absolue d'emploi, usage exclusif réservé aux médecins.

On pourrait généraliser cet étiquettage dans le commerce.

Lecture.

Traitement de la tuberculose par l'emploi combiné de la tuberculine et de sels éthérés de créosote,

par MM. les Drs SAMUEL BERNHEIM et QUENTIN.

Depuis environ deux années, le Dr Maréchal, médecin en chef de l'hôpital Saint-Josse-Ten-Noode, Bruxelles, traite avec succès de nombreux tuberculeux par des injections alternatives de phosphate de créosote et de tuberculine. En octobre 1902, ce confrère distingué fit connaître des résultats très satisfaisants obtenus par cette méthode, et c'est à la suite de cette communication, après avoir contrôlé, à Bruxelles même, l'authenticité des résultats acquis, d'une part, et l'innocuité de ces injections tuberculineuses, d'autre part, que nous avons commencé nos essais sur des malades qui fréquentent nos dispensaires antituberculeux.

Dans les dispensaires du IIIe, du IXe et du XIIe arrondissement, où nos collègues et nous-mêmes nous voyons chaque jour un très grand nombre de malades, nous avons traité à ce jour vingt-huit malades par cette méthode. Nous n'avons pas choisi nos sujets, ce qui nous aurait été facile, mais nous les avons soumis au traitement sans aucune distinction de période ou de gravité, c'est-à-dire sans trier les cas favorables. Nous avons appliqué scrupuleusement la méthode décrite par le Dr Maréchal. Après avoir établi le diagnostic clinique, bactériologique et chimique de chaque tuberculeux, après avoir inscrit son poids et relevé sa température, nous lui fîmes quotidiennement, pendant trois jours consécutifs, une injection de 1, 2 et 3 cc. de phosphate de créosote, et puis le quatrième jour une injection de tuberculine, en commençant par un quart de centimètre cube et en poussant graduellement, après de nouvelles injections du sel éthéré de créosote, cette dose de tuberculine jusqu'à un demi-

gramme. Nous n'avons pas jusqu'à présent dépassé cette dose, quoique le Dr Maréchal soit allé plus loin et ait poussé, chez certains malades à grande tolérance, la dose jusqu'à 2 cc. de tuberculine. Voici les phénomènes que nous avons relevés chez nos malades ainsi traités :

Chez aucun d'entre eux nous n'avons jamais observé de réaction fébrile. A la suite des injections de tuberculine, la température augmente de 3 à 5 dixièmes de degré, mais sans que le malade soit autrement incommodé : il ne ressent ni céphalalgie, ni courbature, ni malaise. Pendant la nuit le sommeil est un peu plus agité et, le lendemain, l'expectoration est plus abondante : le malade remplit aisément, à la suite d'une quinte de toux, un crachoir de crachats épais d'abord, puis liquides et spumeux. Si, à ce moment, on pratique l'auscultation, on perçoit au niveau de la lésion tuberculeuse, une légère exagération des signes morbides. Puis tout rentre dans l'ordre sans qu'on ait le moindre accident ni la moindre complication.

Tous nos malades, sans distinction, déclarent spontanément que leur appétit est doublé dès la première injection de tuberculine, et cette appétence se maintient constamment et devient souvent de la voracité. D'autre part, les forces du sujet se doublent, sa toux va en diminuant, le poids augmente, l'état général s'améliore. Quant à l'examen bactériologique, nous avons eu la satisfaction de voir disparaître les bacilles de l'expectoration de certains de nos malades et, en tout cas, notre chef de laboratoire nous a signalé à plusieurs reprises que les bactéries associées au bacille de Koch diminuaient ou disparaissaient.

De même, nous avons pu suivre cliniquement l'effet de ce traitement combiné ; chez plusieurs de nos malades, les signes morbides, craquements, râles secs ou humides, frottements, souffle, s'atténuaient, quelquefois disparaissaient complètement.

Enfin, nous avons pu suivre au laboratoire la modification du terrain tuberculeux et constater, pour ainsi dire, sa transformation. Chez tous les malades traités par cette méthode, notre chef de laboratoire, M. Lattraye, nous a signalé une augmentation de

la teneur de l'acidité des urines (et on sait quelle importance pronostique nous ajoutons à ce signe), et des urates éliminés en quantité considérable, surtout après la troisième ou quatrième piqûre de tuberculine.

Nous publierons *in extenso* dans la *Revue Internationale de la Tuberculose* les observations détaillées des différents malades soumis à ce nouveau traitement. L'ensemble de nos observations démontre que nous n'avons pas recherché les cas favorables. Presque tous nos malades étaient atteints à la deuxième ou à la troisième période. Malgré cela, nous voyons que sur 26 d'entre eux, 17 se sont améliorés avec une rapidité telle, qu'on ne peut guère attribuer cette amélioration qu'à l'action de la tuberculine. Nous avons sans doute obtenu d'excellents résultats chez un grand nombre de malades soumis aux injections de phosphate de créosote, et nous avons insisté à plusieurs reprises sur l'efficacité de ce puissant agent. Nous devons reconnaître néanmoins que les résultats obtenus par la médication phospho-créosotée n'ont jamais été aussi rapides.

En plus de cette instantanéité, le traitement du Dr Maréchal démontre aussi qu'on peut injecter aux bacillaires de la tuberculine, à la condition que ce produit soit bien dosé et manié avec prudence. En commençant par des quantités minimes et en augmentant la dose graduellement, on ne provoque jamais d'hyperthermie, de malaise général; la piqûre elle-même est un peu douloureuse, mais cette douleur est supportée facilement et n'est qu'éphémère.

La plupart de nos malades ignoraient absolument ce que nous leur injections, et ils pensaient que c'était de la créosote. On ne peut donc invoquer aucune influence d'ordre suggestif.

En dehors des malades, dont nous avons rapporté les observations détaillées, nous traitons par cette méthode dix nouveaux tuberculeux de divers ordres et des jeunes gens atteints d'adénites cervicales avec sommet douteux. Chez ces derniers, les ganglions semblent diminuer de volume.

On peut soumettre à ce traitement mixte tous les tuberculeux,

à la condition que leur état général soit satisfaisant, que les lésions ne soient pas trop anciennes et surtout pas trop étendues. L'hémoptysie ne nous semble pas une contre-indication; mais il faut s'abstenir chez les infiltrés, chez les cachectiques, les tuberculeux fébriles, en un mot, chez les phtisiques qui sont incurables et sont réfractaires à toute méthode thérapeutique.

Il nous a semblé que les érétiques, les nerveux ne supportent pas bien les piqûres à la tuberculine. Chez deux sujets, à la suite d'une injection d'une dose minime, nous avons observé de l'agitation, de l'anxiété, de l'insomnie, et nous avons dû renoncer au traitement. Il est vrai qu'au cours de notre pratique, nous avons observé les mêmes phénomènes psychiques causés par des médicaments classiques et ordinaires: il faut, dans ces cas, se méfier de l'auto-suggestion. Quoi qu'il en soit, nous avons tenu à signaler les moindres troubles, aussi éphémères fussent-ils.

De même, on peut provoquer une réaction très vive, atteindre une température élevée, si d'emblée on injecte une dose élevée ou si on injecte même une dose faible de tuberculine, sans avoir administré préalablement du phosphate de créosote.

Quoique nos observations soient peu nombreuses et notre expérimentatiou de courte durée, nous croyons pouvoir affirmer que la tuberculine de Maréchal, associée aux injections de phosphate de créosote, donne des résultats infiniment plus précis, plus efficaces et plus rapides que les diverses autres tuberculines que nous avons expérimentées et que d'autres ont éprouvées jusqu'à ce jour. Ce qui nous encourage aussi à poursuivre nos recherches, c'est l'innocuité absolue de cette méthode (1).

---

(1) Chaque centimètre cube de tuberculine de Maréchal contient un milligramme de produit actif.

Communications.

Traitement de la glossite exfoliatrice marginée par la liqueur de van Swieten employée en bain local,

par Paul Gallois.

La glossite exfoliatrice marginée est une affection bien connue dans ses caractères cliniques. Fréquente chez les enfants de la classe pauvre nourris au biberon, elle peut se rencontrer aussi chez l'adulte et, autant qu'il m'a semblé, plus souvent chez la femme que chez l'homme. Elle débute en général par un épaississement local de l'épiderme lingual au voisinage de la pointe et sur le dos de l'organe. Les jours suivants cette plaque blanchâtre s'étend, mais en même temps son centre se dépapille et prend une coloration rouge. L'anneau blanchâtre formé par l'épaississement épithélial s'élargit à la manière d'une onde à la surface d'un liquide.

Lorsque, au lieu de partir d'un seul foyer, cette affection a eu des points de départ multiples, les anneaux divers qui en résultent se rejoignent et donnent à la lésion un contour polycyclique. Les parties dépapillées se recouvrent d'épiderme et peuvent être, au bout d'un certain temps, parcourues à nouveau par de nouvelles zones d'épaississement épithélial. De sorte que, quand l'affection est d'ancienne date, la langue présente une série d'arcs de cercle bizarrement entrecoupés et mérite le nom de langue géographique.

Si l'on est bien d'accord sur la description clinique de cette desquamation circinée de la langue, on n'est pas fixé sur sa nature. Parrot en faisait, on le sait, une affection syphilitique. Son erreur bien reconnue aujourd'hui depuis les travaux de L. Guinon, Comby, comporte des circonstances atténuantes. Quand j'avais l'honneur d'être son interne, la nourricerie des Enfants-Assistés était l'objet de ses préoccupations constantes, à

cause du nombre de femmes syphilisées par leurs nourrissons. Pour tâcher d'éviter ces malheurs qui désolaient Parrot, on examinait avec le plus grand soin tous les enfants avant de les confier à des nourrices. On notait toutes les particularités qu'ils pouvaient présenter. Quand on découvrait chez une nourrice un chancre du sein, on reprenait les observations des trois ou quatre enfants qu'elle avait allaités dans la période de un à deux mois auparavant. Généralement on n'arrivait pas à retrouver l'enfant coupable, mais parfois on découvrait un enfant ayant présenté de l'érythème des fesses, du rachitisme ou de l'affection desquamative de la langue. De là à considérer ces affections comme syphilitiques, il n'y avait qu'un pas.

Mais si cette lésion n'est pas syphilitique, de quelle nature est-elle? La discussion récente qui s'est produite à la Société de dermatologie l'an dernier (3 juillet 1902), à l'occasion d'une communication de M. de Beurmann, prouve que cette question est loin d'être résolue. M. A. Renault incrimine l'arthritisme; M. Barthélemy et M. Jullien invoquent l'influence d'une dyspepsie avec fermentations gastriques. Pour M. Jullien d'ailleurs, la glossite desquamative de l'enfant ne serait peut-être pas de même nature que celle de l'adulte. M. Jacquet ayant vu une desquamation circinée de la langue survenir à la suite d'un traitement ioduré, se demande si ce médicament n'a pas joué un rôle étiologique. M. Brocq rappelait que pour M. E. Besnier cette affection paraissait avoir des rapports avec l'eczéma séborrhéique.

Dans son article du *Traité des maladies de l'Enfance*, M. Comby se demande si l'affection n'est pas parasitaire. Il fait valoir qu'elle ne survient guère que chez les enfants nourris au biberon, les tétines de cet appareil étant toujours fort difficiles à stériliser. Il signalait que L. Guinon a trouvé des spores volumineuses dans les lésions linguales, mais l'inoculation à des sujets sains a donné un résultat négatif. A la Société de dermatologie, M. Darier disait n'avoir pas trouvé de parasites et M. Barthélemy considérait que l'affection n'était pas contagieuse.

De cette incertitude sur la nature de la glossite exfoliatrice

marginée, il résulte que l'on ne sait pas comment la traiter et que la guérison en est considérée comme des plus difficiles à obtenir. « La marche est chronique et la durée est indéfinie », écrit M. Comby qui dit avoir vu « des enfants garder des mois et des années cette desquamation linguale qu'aucun traitement ne parvenait à enrayer ». A la Société de dermatologie M. Jullien disait qu'il ne connaissait aucun traitement réactif de cette affection. Il considère qu'elle est particulièrement tenace chez l'adulte.

Depuis longtemps j'avais l'impression que l'affection desquamative de la langue était de nature parasitaire. Une lésion à développement excentrique semble bien indiquer l'intervention d'un parasite, on en a des exemples dans l'herpès circiné, dans le lupus scléreux et dans le psoriasis syphilitique. Dans ces affections comme dans la glossite exfoliatrice il semble que la région qui vient d'être abandonnée par la lésion a subi une sorte de vaccination au moins momentanée, les lésions caractéristiques ne s'y reproduisent plus ou n'y reviennent qu'au bout d'un certain temps. Évidemment cet argument n'est pas absolument convaincant; en effet, les plaques de pityriasis rosé par exemple présentent un développement excentrique avec guérison au centre et pourtant cette affection ne paraît pas être parasitaire. Une autre constatation me sembla plus probante. J'ai vu une fois une mère et son nourrisson présenter simultanément la glossite exfoliatrice marginée. La contagion semblerait donc possible contrairement à l'opinion de M. Barthélemy. Enfin on pourrait invoquer encore comme argument que la desquamation circinée ne se rencontre guère que chez des sujets misérables que leur malpropreté expose à toutes les variétés de parasitisme.

Convaincu de la nature parasitaire de cette affection, j'ai cherché à la traiter par un antiseptique, le sublimé. Voici comment je procède. Je fais prendre au malade une cuillerée de liqueur de Van Swieten qu'il ne doit pas avaler. Gardant le liquide dans la bouche, le malade se penche en avant de façon à faire baigner sa langue dans la liqueur antiseptique. Au bout de quelques secondes, le sublimé provoque une cuisson désagréable.

Quand le malade ne peut plus supporter cette sensation, il crache le liquide. On recommence le traitement tous les jours et très rapidement, en une semaine environ, la guérison est obtenue.

C'est en 1884, alors que j'étais l'interne de Straus, que j'ai eu l'occasion d'employer ce procédé. Depuis lors je l'ai appliqué deux fois chez des malades de services hospitaliers pendant des remplacements de vacances dont j'avais l'honneur d'être chargé. J'ai eu par contre deux insuccès, mais chez des malades qui ne souffrant pas de leur affection linguale, dont ils ne soupçonnaient même pas l'existence, n'ont pas jugé utile de continuer le traitement. Tous ces sujets étaient des femmes.

Le procédé que je viens de décrire est très simple à appliquer chez des adultes. Chez des nourrissons, il me paraît moins commode, et je ne vois pas bien quelle modification on pourrait lui faire subir pour le rendre applicable à cet âge. Peut-être suffirait-il de badigeonner la langue des nouveau-nés avec un pinceau imbibé de liqueur de Van Swieten, mais je ne sais pas le résultat qu'on obtiendrait, n'ayant jamais eu l'occasion, depuis ma sortie d'internat, de soigner un enfant atteint de glossite exfoliatrice. J'aurais bien désiré pouvoir compléter sur ce point mon travail avant de le publier, mais il me faudrait peut-être attendre encore longtemps avant de pouvoir faire l'essai du traitement chez un nourrisson. En tout cas, la discussion de la *Société de Dermatologie* m'a engagé à fournir cette première indication. Elle montre qu'il est possible d'obtenir chez l'adulte la guérison d'une affection considérée comme incurable jusqu'ici. Je laisse à des confrères plus favorisés que moi le soin de transporter dans la thérapeutique infantile un procédé qui m'a plusieurs fois réussi chez l'adulte.

Discussion.

M. du Castel. — Si le travail de M. Gallois est aussi intéressant qu'instructif, il n'a pas, à mon avis tranché la question, toujours ouverte, de l'étiologie de la glossite exfoliatrice mar-

ginée. Parrot croyait déjà être arrivé à une solution : il en faisait une manifestation syphilitique, alors qu'aujourd'hui ses élèves eux-mêmes ne soutiendraient plus ce point de vue.

M. Gallois a conclu, de l'efficacité du sublimé, à la nature parasitaire de l'affection : il eût mieux valu qu'il nous apportât le parasite lui-même. Notre collègue croit en outre trouver une démonstration de la nature parasitaire de cette glossite, dans son mode d'extension : or, le début par un petit point d'où se propage la lésion, est loin d'être la règle.

Reste la question des « ronds » que forme la glossite, et qui actuellement constituent une présomption pour l'origine parasitaire des affections qui présentent cet aspect. Ces « ronds » reçoivent tous les vingt-cinq ans une interprétation différente : autrefois, ils caractérisaient l'origine nerveuse des dermatoses. Tous les « ronds » étaient d'origine nerveuse, jusqu'au jour où l'on découvrit les parasites de la trichophytie.

Depuis que les microbes ont été découverts, c'est à eux qu'on attribue la formation des ronds. Or, je ne pense pas qu'il faille se montrer aussi catégorique, et dans la question qui nous est soumise tout spécialement, je penche pour faire de la glossite exfoliatrice marginée une maladie familiale, ce qui ne veut pas dire contagieuse.

Le sublimé qui a guéri en huit jours les malades de M. Gallois, est un caustique énergique, il est vrai : je m'étonne toutefois qu'il vienne si aisément à bout d'une maladie qui dure des années; on a noté des cas datant de plus de quarante ans. Les malades de M. Gallois ont été peut-être plutôt nettoyés que guéris : l'affection procède du reste par à-coups; tantôt elle disparait, tantôt elle réapparaît, souvent par poussées brusques, rappelant des poussées d'eczéma.

M. Gallois a-t-il revu ultérieurement ses malades?

M. P. Gallois. — Je n'affirme pas la nature parasitaire de la glossite exfoliatrice marginée, la seule preuve serait la constatation du parasite. Je signale simplement l'efficacité du sublimé comme un argument en faveur de cette hypothèse.

Quant à l'observation que M. du Castel a bien voulu me faire au sujet de la guérison peut-être momentanée de la glossite chez mes malades, je ne puis rien dire. En effet c'étaient des malades d'hôpital qui sont sorties aussitôt et que je n'ai plus jamais revues.

M. Leredde. — On peut émettre, au sujet de la glossite exfoliatrice marginée, une troisième hypothèse : il se pourrait que l'on se trouvât en présence d'un érythème, avec chute de l'épiderme due à l'humidité de la région atteinte. Cette hypothèse s'accorde avec l'existence de ronds.

REVUE DES LIVRES

Cours de minéralogie biologique (4e série), par le Dr J. Gaube (du Gers), 1 vol. in-18, 4 francs, Maloine, éditeur.

Les leçons de cette quatrième série diffèrent des précédentes par la généralisation des idées et des faits qui font de la Minéralogie biologique une science nouvelle à côté des autres sciences d'observation. Ce nouveau volume est divisé en deux parties :

La première partie, intitulée : Sélection et minéralisation, spécificité de minéralisation, se compose de sept leçons. Au début de la première leçon, l'auteur dit que l'on doit distinguer la Minéralogie biologique, science fondée sur des principes certains, de la partie de l'Agronomie qui traite des engrais minéraux et de la Minéralothérapie qui sont l'une et l'autre des applications pratiques de la Minéralogie biologique ; il développe ensuite les points suivants : le potassium est le métal spécifique des liquides sanguins ; le sol, la minéralisation, sont les agents les plus puissants de la sélection naturelle ; l'hérédité correspondante de Darwin, la souvenance héréditaire de Darwin ; l'hérédité et l'âge correspondant de Darwin sont en rapport avec la spécificité de minéralisation, avec le rapport de participation à la vie des éléments de minéralisation, avec les aptitudes protoplasmiques de minéralisation ; le calcium est le métal de la spécificité de construction des êtres ; le magnésium est le métal spécifique de la génération ; il existe des spécificités secondaires ou des spécialités de minéralisation.

La deuxième partie est intitulée : Minéralisation et Pouvoir rotatoire

des sérums; elle se divise en onze leçons. La première leçon est une sorte d'introduction aux leçons suivantes qui sont consacrées aux pouvoirs rotatoires et à la constitution de l'ovo-albumine, des sérums de bœuf, de taureau, de veau, de vache, de mouton, de bélier, de chèvre, de cheval, d'âne et de sérum antidiphtérique. On trouve, au début de chaque leçon, la densité, l'angle de rotation observé, l'angle de rotation calculé, le pouvoir rotatoire moléculaire, les poids des éléments minéraux, de l'eau et des éléments organiques de chaque sérum étudié.

Les points les plus saillants de la deuxième partie de la quatrième série des leçons du Cours de Minéralogie biologique sont les suivants : Le pouvoir rotatoire droit des albuminoïdes provient de la présence d'une hexose ou d'une hexobiose; l'une et l'autre sont en relation avec une minéralisation particulière. — Formation d'urée sous l'influence du carbonate de potassium sur les peptones. — L'albumine considérée comme membrane colloïdale. — Le pouvoir rotatoire des albumines dialysées change avec la nature de leur minéralisation. — Les microbes nitrifiants ne sont pas une source directe d'azote. — Rôle de la potasse et de la soude dans la position du carbone asymétrique des corps naturels optiquement actifs. — La chaux, la magnésie et la potasse rétrécissent l'ouverture de l'angle de rotation des sérums. — Action paradoxale de la matière minérale sur le pouvoir rotatoire des sérums. — L'angle de rotation du mélange de plusieurs sérums s'exprime par le quotient de la somme des angles de rotation par leur nombre; il est moyen. — Les séro-réactions sont d'ordre chimique.

Manuel d'anatomie, de physiologie et de pathologie élémentaires à l'usage des sages-femmes, par J. Gourdet. Octave Doin, éditeur, Paris; Dugas, éditeur, Nantes, orné de 571 figures dans le texte et de 3 planches hors texte.

Cet ouvrage de 800 pages représente un excellent compendium pour les sages-femmes qui trouveront difficilement un livre aussi complet, capable de leur fournir en un seul volume toutes les notions qui leur sont nécessaires.

Les troubles nerveux de cause sexuelle, par E. Monin, 1 petit in-16. O. Doin éditeur. Prix : 1 fr. 50.

Deuxième Congrès de l'hypnotisme expérimental et thérapeutique, publié par MM. Bérillon et Farez, 1 vol. in-8, avec 55 figures. Octave Doin, éditeur. Prix : 10 francs.

The Pharmacological Action and Therapeutic Uses of the Nitrites and allied compounds, by D. J. Leech, s. physician to the Manchester royal infirmary, and prof. of pharmacology in the owen college. Sherratt and Hughes, editors, Manchester.

Nous signalons aux pharmacologues, l'intéressante série de leçons faites par M. Leech, sur les rapports entre la composition et l'action des

nitrites. Ce volume se place à côté de celui qui a été publié sur un sujet analogue, quoique plus général, par M. Lauders Brunton, il y a déjà quelques années. On se préoccupe beaucoup, depuis quelque temps, d'établir des lois sur les relations qui existent entre l'action physiologique des corps et leur composition, leur formule. C'est un sujet certainement digne d'intérêt. C'est seulement dans de nombreuses années qu'il nous sera possible de débrouiller cet écheveau compliqué, mais, en attendant l'heure où le physiologiste sera à même de fournir des explications certaines, nous devons saluer avec reconnaissance l'apparition de travaux aussi élevés d'inspiration que ceux du genre de celui que nous signalons au lecteur.

État actuel de nos connaissances sur les Oxydases et les Réductases, par M. Emm. Pozzi-Escot, chimiste-microbiologiste. Un volume in-16, librairie Dunod, quai des Grands-Augustins, 49. Prix 4 francs.

L'ouvrage que vient de publier M. Pozzi-Escot est appelé à un grand et très légitime succès auprès de tous ceux qui cherchent à pénétrer le mécanisme intime des phénomènes de la nature. A notre avis, la viticulture a tout à bénéficier des connaissances que l'on acquiert tous les jours sur les singulières substances qu'on appelle des diastases; ce sont elles, en effet, qui président au phénomène de la casse des vins et des boissons fermentées; ce sont elles encore que l'on retrouve quand le vin prend le goût d'œufs pourris; les étudier et les connaître, c'est préparer des armes pour les combattre.

Nos lecteurs liront avec fruit l'ouvrage de M. Pozzi-Escot, ils apprendront à connaître tout un groupe nouveau de diastases, les diastases réductrices, et ils trouveront sur les diastases oxydantes ou oxydases, sur l'œnoxydase, cause de la casse des vins en particulier, plusieurs chapitres très intéressants.

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Pharmacologie.

Recherches expérimentales sur l'action thérapeutique de la levure de bière. — Des expériences sur les animaux faites par MM. Hallion et Carrion (*Congrès de médecine de Toulouse*, 1902), dans le but d'élucider certaines questions relatives à l'action thérapeutique de la levure de bière, ont conduit aux résultats suivants :

1° La levure de bière exerce sur la toxine diphtérique une action neutralisante directe des plus énergiques.

2° La levure de bière fraîche ou desséchée, non seulement reste vivante, mais fermente activement dans le suc gastrique, même fortement hyperacide. Elle vit et fermente aussi dans une anse intestinale, chez l'animal vivant. Par conséquent, ingérée par la bouche, elle parviendra, vivace encore, dans l'intestin.

De ces faits on peut tirer des présomptions sur l'efficacité thérapeutique de la levure de bière :

1° Il semble indiqué de badigeonner avec de la levure les fausses membranes diphtériques accessibles ; la levure, par ses sécrétions spéciales, ne neutraliserait-elle pas la toxine diphtérique au fur et à mesure de sa production ?

2° La levure, vivant dans le tractus gastro-intestinal, y agit probablement de deux manières : d'une part, en vertu des lois de la lutte pour l'existence, en gênant la pullulation des germes nocifs ; d'autre part, en détruisant certaines toxines comme elle détruit la toxine diphtérique.

3° C'est par là sans doute que la levure amende les diarrhées (Thiercelin, Chevrey). C'est probablement aussi par ce mécanisme qu'elle agit sur la furonculose, l'acné, affections qui très souvent sont causées, favorisées ou aggravées par des fermentations digestives vicieuses et par l'auto-intoxication qui en résulte.

Ces mêmes considérations s'appliquent au képhir qui, d'ailleurs, contient, parmi ses ferments, une levure à sécrétions acides comme la levure de bière.

Emploi des amers contre l'anorexie. — L'usage des amers a été critiqué depuis longtemps, et un médecin allemand a démontré que l'eau ingérée avant le repas augmentait plus l'acide chlorhydrique dans les sécrétions gastriques que ne le faisait l'usage des amers. Les amers donnent surtout l'illusion de la faim et M. Huchard n'en prescrit presque plus à ses malades. De très petites quantités d'alcalins, au contraire, données avant

le repas paraissent augmenter plus sûrement la sécrétion gastrique. On peut prescrire ainsi :

Phosphate neutre de soude..............	12 gr.
Bicarbonate de soude....................	6 »

Pour 50 cachets, dont on prendra deux ou trois par jour une demi-heure avant le repas.

De plus, pour activer la digestion, on peut donner à la fin des repas, un verre à madère de :

Eau distillée.........................	450 gr.
Acide chlorhydrique..................	0 » 50
Liqueur de curaçao...................	50 »

Il est à noter qu'on donne en général des doses beaucoup trop élevées d'acide chlorhydrique ; cette substance a en effet une action de présence et non de substitution, et il n'y a par conséquent pas d'intérêt à en donner de fortes doses.

Maladies infectieuses.

L'huile d'olive dans la fièvre typhoïde. — Paget a utilisé avec succès des injections rectales d'huile d'olive au cours de la diothiénentérie. Chaque 12 ou 24 heures, il fait pratiquer une injection de 56 centilitres environ (une pinte) que le patient doit tâcher de retenir le plus longtemps possible (12 heures et même 24 heures). Si, au bout de ce temps, le malade ne rend pas spontanément l'huile injectée, on donne un petit lavement avec de l'eau savonneuse. Ce traitement peut être continué pendant 10 jours environ. Après quoi on ne recommence que si la température s'élève. S'il y a diarrhée, il faut prescrire aussi l'huile, on peut également faire prendre une petite dose de calomel (0 gr.03). Paget affirme éviter, en employant ce traitement, les complications habituelles de la fièvre typhoïde telles que : tympanite, perforations, etc.

Sur la contagion de la phtisie depuis Hippocrate jusqu'à Foch et incidemment sur la contagion en général. — Il y a une tren-

taine d'années dans les hôpitaux de Paris, dit M. Meunier (*Bulletin de la Société de médecine de Gand*, mars 1902) le chef de service qui, en interrogeant ses phtisiques, recherchait déjà comme étiologie, la possibilité de la contagion, était regardé comme un médecin hardi, sinon paradoxal.

Depuis lors, tout le monde semble bien avoir accepté la doctrine de la transmissibilité, c'est-à-dire de la contagion de la phtisie. Cela ne s'est pas fait sans de grandes résistances et cependant il n'y avait rien de nouveau dans cette conception qui, déjà croyance populaire dans l'antiquité, n'a jamais cessé d'être courante en médecine depuis le XVIe siècle jusqu'à nos jours. Il n'y a eu d'arrêt que pendant la période du XIXe siècle qui va de 1840 à 1870. En effet, vers 1854, personne ne croyait plus à la transmissibilité de la phtisie. Aussi quand Villemin en 1865 et surtout en 1868 communiqua ses expériences sur l'inoculabilité des produits tuberculeux de l'homme aux animaux, il souleva un peu partout des protestations. Et cependant Villemin n'avait pas prononcé le mot de contagion. Ses adversaires prétendirent que pour être inoculable une maladie n'était pas nécessairement contagieuse. Et il n'a fallu rien moins que la découverte de Koch en 1882 pour vaincre toutes les résistances.

Si quelques esprits sont encore réfractaires à la doctrine de la contagion de la phtisie, c'est qu'ils n'ont pas sur la définition de la contagion les mêmes idées, que Frascator et Mercuriali au XVIe, Deleboë et Lazare Rivière au XVIIe, Raulin au XVIIIe siècle, et que la plupart des savants contemporains, qui ne voient dans la contagion que la transmission d'une maladie d'un individu infecté à un individu sain, par l'intermédiaire de ce qu'autrefois on appelait principe morbifique (Hippocrate, Aristote), puis semences, germes (Frascator), puis miasmes (Deleboë, Rivière, Morton, Raulin) et qu'aujourd'hui on appelle microbes pathogènes.

Le mot contagion ne doit pas évoquer immédiatement dans notre esprit l'idée de transmission rapide de la maladie, d'épidémie grave et meurtrière. La contagion a ses degrés, des agents de transmission ont des mœurs spéciales que les savants étu-

dient chaque jour avec le plus grand succès dans leurs laboratoires et l'on sait que le bacille de la peste n'agit pas vis-à-vis de l'organisme de la même façon que le bacille de la tuberculose. Mais il n'en est pas moins vrai que la tuberculose comme la peste est une maladie transmissible, contagieuse.

Maladies du tube digestif et de ses annexes.

La glycérine formolée contre l'amygdalite aiguë. — En raison de ses propriétés irritantes, l'aldéhyde formique n'a guère été utilisée en applications locales sur les muqueuses. M. A.-C. Jordan a trouvé que les malades tolèrent bien les badigeonnages de la cavité buccale et de la gorge avec cet antiseptique, à condition de l'employer sous forme de glycérine formolée à 1 ou 4 p. 100. D'après les observations de notre confrère, ces applications pourraient rendre des services pour les traitements de la stomatite aphteuse, de l'angine scarlatineuse ou diphtérique et, en particulier, de l'amygdalite aiguë. Dans cette dernière, un seul badigeonnage de la glande malade avec la glycérine formolée à 2 ou 4 p. 100, pratiqué tout au début de l'affection, serait susceptible d'enrayer la fièvre en quelques heures et de faire avorter l'angine. La glycérine formolée provoque dans la gorge, pendant quelques heures, des sensations douloureuses, mais supportables. Après le badigeonnage, le malade doit s'abstenir de manger et de boire pendant une demi-heure ou une heure, afin de ne pas entraver l'action antiseptique du formol sur les tissus amygdaliens. Un simple gargarisme au chlorate de potasse suffit ensuite pour parachever la guérison.

Maladies du système nerveux.

L'alitement en aliénation mentale. — MM. Mairet et Ardin-Delteil ont entrepris des recherches sur l'alitement dans l'aliénation mentale (*Montpellier médical*, 1900, t. XI). Ils ont soumis à l'alitement 90 malades pouvant être répartis en deux groupes.

L'un comprenant les aliénés dont la maladie était déjà ancienne, l'autre les malades atteints récemment.

Pendant toute la durée de l'alitement, les malades étaient soumis au même traitement que s'ils avaient été levés.

Le résultat de ces recherches est que :

I. — Dans la folie ancienne, l'alitement comparé au lever n'a aucun effet utile ni sur la marche de la maladie, ni sur le délire, ni sur l'agitation ou la dépression.

II. — Dans les folies récentes :

1° L'alitement est loin de pouvoir être considéré comme une méthode de traitement devant être généralisée à tous les cas;

2° La plupart du temps, il est inutile, ou produit divers troubles physiques ou psychiques qui obligent à faire lever les malades;

3° L'alitement, dans certains cas, paraît utile en ce sens qu'il diminuerait la durée de la maladie, plus particulièrement dans la manie intermittente et les aliénations mentales post-infectieuse.

4° L'alitement ne diminue pas le nombre des décès.

Gynécologie et obstétrique.

Soins à donner aux seins des jeunes mères qui allaitent. — L'enfant est mis au sein dans les 24 ou 36 heures qui suivent la délivrance. Dès ce moment, les précautions les plus minutieuses s'imposent pour ne pas infecter les canaux galactophores.

On ne devra jamais toucher les seins qu'après lavage des mains. Avant et après chaque tétée, la mère se lavera les seins avec un tampon de coton imbibé d'eau boriquée. Dans l'intervalle des tétées, une compresse bouillie dans l'eau boriquée et recouverte d'un taffetas gommé sera maintenue en permanence sur les seins à l'aide d'un bandage de corps. Les compresses humides valent mieux que le coton sec, qui colle au bout du sein et peut amener l'arrachement de lambeaux épidermiques.

Malgré tout, disent MM. Gaulard et Rué, à qui nous empruntons ces renseignements (*Manuel thér. clinique*), beaucoup de primipares ont des gerçures et des gerçures douloureuses, la succion est douloureuse, et la porte d'entrée aux infections est

ouverte. Il faut donc traiter avec soin ces ulcérations. On peut employer les topiques suivants :

I. Glycérine .... } P. E
Liqueur de van Swieten .... }
(LEPAGE.)

II. Eau de roses .... 40 gr.
Glycérine .... 20 »
Borate de soude .... 8 »
Teinture de benjoin .... 12 »
(MARFAN.)

III. Orthoforme pulvérisé.

ou :

Orthoforme en solution alcolique saturée.
(MAYGRIER.)

IV. Glycérine .... 10 gr.
Tanin .... 1 »
Extrait de cannabis indica .... 0 » 60.
(GAULARD ET BUÉ.)

Brindeau préconise le traitement suivant :

1° Cocaïniser le bout du sein ;

2° Frotter le mamelon avec un tampon imbibé d'éther;

3° Toucher légèrement les crevasses avec de la teinture d'iode;

4° Saupoudrer dans l'intervalle des tétées, les crevasses avec du bicarbonate de soude.

5° Si l'enfant présente des lésions buccales, lui nettoyer la bouche avant la tétée ou faire usage de bouts de seins en verre.

Indications et limites du traitement médical des inflammations annexielles. — M. Pichevin a fait sur ce sujet à la Société médicale de l'Élysée une communication (*Journal de médecine de Paris*, 22 décembre 1901), fort intéressante. Dans la phase aiguë c'est l'abstention. S'il y a une indication urgente d'opérer, c'est surtout à la colpotomie qu'il faut avoir recours.

Quand la première poussée aiguë a disparu, on examine les indications de l'opération. La durée et la gravité de cette poussée

aiguë, le volume des lésions, la persistance des douleurs et des troubles divers (vésicaux, rectaux, etc.), l'invalidité de la malade, la situation sociale de la patiente, sont des éléments qui doivent entrer en ligne de compte dans l'appréciation de la conduite à tenir.

A-t-on diagnostiqué l'existence du pus, il faut opérer au moment opportun.

Si on a remis l'opération par suite de l'amélioration de l'état général et de l'état local et s'il survient une nouvelle poussée, il faut se décider à l'intervention.

Dans les formes sèches en particulier, chez les femmes qui ont de vieilles inflammations annexielles, on peut tenter le massage qui donne dans un certain nombre de cas de beaux résultats.

Mais il ne faut pas se le dissimuler et se rappeler ce que disait Courty, l'inflammation péri-utérine est une affection grave, longue et difficile à guérir et il faut ajouter que très souvent la suprême ressource est l'acte chirurgical qui réussit à guérir définitivement des femmes qui resteraient des invalides toute leur existence, quand elles ne succombent pas à l'évolution et aux progrès de l'affection.

Maladies de la nutrition.

Les frictions iodurées dans le traitement de l'obésité. — Chez les obèses présentant une accumulation de graisse dans les reins et la paroi abdominale, M. Kisch (de Marienbad) a volontiers recours, à côté du traitement diététique, aux frictions locales avec une pommade iodurée.

Pour les reins, M. Kisch fait faire tous les soirs des frictions avec la pommade suivante :

Vaseline............................	30 gr.
Iodure de potassium.................	3 »
Iode pur............................	0 » 30

ou bien avec une pommade formulée comme suit :

Vaseline	10 gr.
Iodoforme	1 »
Essence de menthe	II gouttes

La friction une fois faite, on recouvre les reins d'une large compresse trempée dans une solution d'acétate d'alumine :

Eau distillée	100 gr.
Acétate de plomb	5 »
Alumine	1 »

et on met par-dessus une feuille de gutta-percha qu'on maintient par une bande.

Pour les frictions sur les parois abdominales, M. Kisch remplace la pommade par la solution suivante :

Vinaigre scillitique	200 gr.
Iodure de potassium	10 »

Maladies de la peau.

Traitement du lupus par les caustiques et les injections de substances modificatrices. — Ce traitement n'est pas le traitement de choix du lupus, il ne vaut pas les cautérisations, les scarifications, le râclage, la méthode de Finsen ou la cure radicale, mais il est utile de le connaître, car il peut se trouver telle ou telle circonstance où l'on soit obligé d'y avoir recours.

Unna a préconisé une pâte bacillicide ainsi constituée :

Acide salicylique	ãã 2 gr.
Chlorure d'antimoine liquide	
Créosote	ãã 4 »
Extrait de chanvre indien	
Adeps lanæ	8 »

Après cocaïnisation, on dépose cette pâte sur la surface malade, avec une spatule, on recouvre d'un emplâtre à l'oxyde de zinc et on renouvelle la cautérisation au bout de 48 heures.

Lorsque le lupus est scléreux et résiste énergiquement, on

ramollit le tissu conjonctif qui entoure les lupomes au moyen de caustiques alcalins :

Potasse caustique....................	ââ
Chaux éteinte.........................	
Savon noir...........................	
Eau distillée.........................	

Cette méthode s'applique aux lupus en surface, mais, pour les foyers profonds, on tamponne les lupomes avec des petites tiges de bois pointues trempées dans le chlorure d'antimoine liquide pendant un quart d'heure. On les fait tourner comme une vrille, jusqu'à 2 ou 3 millimètres de profondeur, on coupe au ras de la peau avec des ciseaux, et on laisse en place en recouvrant d'emplâtre mercuriel. Ces pointes tombent spontanément au bout de deux jours. On reprend ensuite la potasse. Ce traitement qui donne de bons résultats est douloureux.

Kaczanowski cité par le Dr Darbois (*Traitement du lupus suivant les indications, Thèse Paris*, 1901) a préconisé l'application du permanganate de potasse en poudre; M. Balzer, après scarifications, saupoudre avec :

Permanganate de potasse..................	1 gr.
Talc....................................	5 »

M. Hallopeau applique sur les surfaces ulcérées une compresse imbibée de solution de permanganate de potasse à 1/50.

Le chlorure de zinc, l'acide lactique, le nitrate d'argent, ont également leurs partisans (*Journ. des prat.*, 22 juin 1901).

Maladies vénériennes.

Traitement des syphilides palmaires par des applications kératolytiques. — De tous les accidents cutanés de la vérole celui qu'on appelle improprement psoriasis palmaire se distingue par une ténacité particulière, résistant souvent au traitement mercuriel le plus énergique, poussé jusqu'à la disparition de toutes les autres manifestations syphilitiques. Or, d'après M. le Dr Ohmann-Dumesnil (de Saint-Louis), on parviendrait assez

facilement à faire disparaître ces syphilides squameuse de la paume de la main, qui parfois affectent la forme d'une véritable hyperkératose, par l'application d'agents kératolytiques, notamment de l'acide salicylique, tout en instituant, bien entendu, un traitement spécifique général.

A cet effet, notre confrère se sert de l'une des deux préparations suivantes :

Acide salicylique	1 gr. 20
Ichtyol	2 »
Cold-cream	30 »

Mêlez. — Usage externe.

Acide salicylique	1 gr. 20
Chlorhydrate de cocaïne	0 » 25
Collodion riciné	30 »

Mêlez. — Usage externe.

Lorsque, sous l'influence de la pommade ou du collodion salicylés, le psoriasis palmaire a complètement disparu, on prescrit, pour en prévenir la récidive, la préparation ci-dessous formulée :

Calomel à la vapeur	1 gr.
Cold-cream	30 »

Mêlez. — Usage externe.

Avec cette pommade le malade se frotte les régions palmaires chaque soir, au coucher, en ayant soin de revêtir des gants pour la nuit.

Chirurgie générale.

Un procédé de cure radicale des hernies sans ouverture du péritoine. — Partant de ce fait que toute hernie abdominale n'est qu'une lésion de la paroi, M. le Dr Poullet (de Lyon) a cherché, dans le traitement chirurgical des hernies, à restreindre le plus possible l'étendue de l'acte opératoire, de façon à obtenir la cure radicale sans ouvrir le sac herniaire, ni inciser les aponévroses. Voici d'après la *Semaine médicale* (nº 48, 1901), le procédé qu'il emploie : après avoir fait une incision cutanée dont la longueur ne dépasse jamais 5 centimètres, il écarte les lèvres

de la plaie à l'aide d'un dilatateur *ad hoc*, manœuvre qui, en raison de l'élasticité de la peau, donne toujours un jour suffisant. On procède ensuite à la recherche du collet du sac et on réduit sans ouvrir. On passe alors un fil métallique, par transfixion, dans le collet du sac, de manière à le coudre à la paroi abdominale; avant de serrer le fil, on le repasse deux ou trois fois à travers la brèche de la paroi pour en rapprocher les lèvres.

Cette intervention, qui dure en tout de quinze à vingt minutes, ne comporte naturellement pas les soins post-opératoires minutieux de la cure radicale ordinaire : aussitôt l'opération terminée, le patient peut se lever, aller uriner, etc., etc., et, au lieu de le maintenir au lit pendant plusieurs jours consécutifs, il suffit de lui ordonner un repos relatif de quatre ou cinq jours sur une chaise longue ou sur un fauteuil.

Le fil métallique, laissé à demeure, serait le plus souvent bien toléré; dans quelques cas seulement on observerait de la suppuration sous-cutanée, de sorte que la guérison, qui habituellement se fait en huit à dix jours, nécessiterait en pareille occurrence de deux à trois semaines.

M. Poullet a eu l'occasion d'opérer ainsi près de 400 sujets porteurs de hernies crurales, inguinales ou ombilicales; convaincu de l'innocuité absolu de ce procédé, il a pu intervenir. avec succès, chez des individus très âgés et, entre autres, chez un vieillard de quatre-vingt-quatre ans.

Maladies du nez et des oreilles.

Traitement médical des végétations adénoïdes. — En employant la médication iodée à l'intérieur, M. Lapeyre (de Fontainebleau) signale à la *Soc. de péd.* (oct. 1901) qu'il a toujours pu faire disparaître les végétations adénoïdes même volumineuses et éviter à ses petits malades des ablations chirurgicales qui sont loin d'être sans inconvénients.

L'usage du vin iodé et les instillations d'huile mentholée dans les fosses nasales aurait donné de bons résultats à M. Sevestre, et l'on sait que Parrot traitait déjà les végétations adénoïdes par la

teinture d'iode incorporée au sirop de gentiane à la dose de 6 grammes de teinture d'iode et de 6 grammes d'iodure de potassium par litre.

M. Lapeyre donne la teinture d'iode à dose croissante, en commençant par VI gouttes trois fois par jour, pour les enfants de cinq à neuf ans et en augmentant rapidement jusqu'à LX gouttes. Cette dose élevée est en général parfaitement supportée ; quelquefois on observe un peu d'intolérance gastrique, mais jamais d'accidents sérieux. L'iode se trouve dans l'urine par réactifs appropriés.

Congrès médical de Biarritz.

Le 3e Congrès de Thalassothérapie (cure marine), sous la présidence d'honneur de M. le ministre de l'Instruction publique et sous la présidence effective de M. le Dr Albert Robin, s'ouvrira à Biarritz, le 19 avril prochain. Parmi ses organisateurs, nous citerons : MM. les Drs Beaudoin, Bouilly, Dalché, Fiessinger, Hamonic, Huchard, Josias, Labadie-Lagrave, Lancereaux, Leredde, Leroux, Mathieu, Rochard, Segond, Sevestre, Seguel, pour Paris. Un comité de Biarritz fonctionne sous le patronage de la municipalité, M. le Dr Lobit en est le Secrétaire général et M. Raynaud, pharmacien, le trésorier. Cette manifestation scientifique est assurée d'un plein succès d'autant plus que le XIVe grand Congrès de médecine de Madrid aura lieu quelques jours plus tard et que beaucoup de ses membres doivent assister en passant au Congrès de Biarritz. Plusieurs expositions auront lieu dans le local même de la salle des séances au grand Casino Bellevue et notamment une *Exposition Internationale corollaire d'Hygiène et de Sauvetage*, produits et appareils intéressant le Congrès : *Arts médicaux et Pharmaceutiques, Hygiène générale, Alimentation, Engins de Sauvetage, sports, ambulances*, etc. Cette Exposition compte à l'heure actuelle de nombreux exposants. Tous les produits intéressant le Congrès y sont admis ; s'adresser au délégué, M. A. Girard, 31, rue Saint-Lazare, Paris.

FORMULAIRE

Farine lactée. (*Annales de la policlinique de Lille.*)

Sucre pulvérisé	715 gr.
Cacao pulvérisé	250 »
Phosphate de chaux tricalcique	15 »
Glycérophosphate de chaux	15 »
Farine de maïs	150 »
— de lentilles	150 »
— d'avoine	150 »
Vanilline	5 »
Alcool	Q. S.

Faire dissoudre la vanilline dans l'alcool, mêler intimement au sucre, laisser sécher, puis ajouter les autres substances.

Inhalations chez les phtisiques (Davezac.)

Iodoforme	1 gr. 50
Essence de térébenthine	30 »
Huile d'arachides	150 »
Essence de bergamotte	āā 2 gr. 50
Acide thymique	

(*Jour. de méd. int.*)

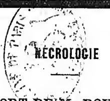
Potion hémostatique (Lutaud).

Extrait d'hydrastis canadensis	4 gr.
Extrait d'hamamelis virginica	2 »
Ergotine	10 »
Tanin	1 »

En prendre une cuillerée à café toutes les demi-heures.

Le Gérant : O. DOIN

IMP. F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE. — PARIS-6e



NÉCROLOGIE

MORT DE M. BOUILLY

Nous avons le grand chagrin d'annoncer à nos lecteurs la mort de M. G. Bouilly, le très distingué chirurgien, qui depuis 1896 faisait partie du Comité de rédaction du *Bulletin général de Thérapeutique.*

Voici déjà près de deux années que la santé de G. Bouilly s'était profondément altérée ; frappé d'une des plus redoutables affections qui puisse menacer un homme et surtout un médecin — car il nous est, dans ces terribles occasions, impossible de nous faire illusion — il a lutté jusqu'au bout, il a stoïquement supporté les opérations jugées nécessaires. Mais hélas ! rien n'a pu enrayer une affection qui n'a jamais pardonné jusqu'ici et notre pauvre ami s'est éteint, au milieu des plus vives souffrances, le samedi 14 mars.

Bouilly avait à peine 55 ans et c'est en plein succès que la mort l'a frappé. Notre collaborateur occupait en effet l'une des plus grandes situations de chirurgien à Paris. Chirurgien de l'hôpital Cochin depuis près de vingt ans, Bouilly s'y était fait la réputation d'un très habile opérateur en gynécologie ; la sûreté de son coup d'œil de clinicien, comme celle de sa main, était hautement réputée, et son diagnostic sûr avait la valeur d'une vérité scientifique.

Nous remettons à plus tard le soin de retracer la vie scientifique de Bouilly, nous voulons seulement, aujourd'hui, rappeler la haute valeur du médecin, nous voulons surtout mettre en relief l'importance de la situation morale qu'il avait su se faire auprès de ses confrères et auprès du

public lui-même. Bouilly, en effet, était adoré de ses malades, estimé au plus haut point de ses élèves et de tous les médecins qui avaient l'honneur de le connaître. C'est que sa vie tout entière fut un acte d'honnêteté et de bonté. Serviable à tous, doux et compatissant, mieux que personne il savait réconforter le patient et lui inspirer l'espoir et la confiance la plus complète. Que de fois n'avons-nous pas entendu dire à des médecins, malades eux-mêmes : « Je verrai Bouilly, et s'il est d'avis que je me fasse opérer, je n'hésiterai pas une seconde. » Cet acte de foi est certainement le plus bel éloge que l'on puisse faire de l'admirable clinicien que la science vient de perdre, car nous savons tous combien le médecin est hésitant quand il s'agit de lui-même.

Hélas! toutes ces brillantes qualités n'ont pas pu le préserver des affres d'une fin atroce et il a fallu que ce chirurgien subit la torture de se condamner soi-même, sans merci. Nous ne pouvons imaginer de supplice plus cruel que celui-là, car il est pire que la condamnation à mort juridique : le condamné en effet peut toujours espérer sa grâce, tandis que le médecin, quand il est atteint de certaines affections, ne peut qu'attendre avec certitude la plus cruelle des morts.

Aussi, la fin vraiment dramatique de notre infortuné collaborateur a-t-elle profondément frappé le corps médical de Paris : depuis trois ou quatre mois nous le savions tous condamné à brève échéance et c'est avec une pénible anxiété que nous interrogions les rares confrères qui pouvaient avoir accès auprès de lui, pour lui prodiguer leurs soins, malheureusement inutiles!

Cet honnête homme, cet homme charmant n'est plus, il est maintenant affranchi de ses dures souffrances; il aura eu du moins, en mourant, la consolation suprême d'emporter l'hommage unanime des regrets émus de toutes les personnes et de tous les confrères qui l'ont connu. Mourir sans avoir certainement un seul ennemi et sans connaître d'indifférents, c'est une belle fin; et cette fin, G. Bouilly sera l'un des rares hommes qui l'auront eue. LA RÉDACTION.

BULLETIN

Le régime végétarien et les sports. — A l'adresse des anti-vaccinateurs. — Hygiène des plages balnéaires. — Le manuel des chirurgiens américains du corps expéditionnaire de Cuba. — Inspections dentaires.

Un match qui a eu lieu dernièrement en Allemagne serait de nature à prouver que le régime végétarien convient parfaitement à ceux qui se livrent aux sports athlétiques. L'épreuve consistait à marcher de Dresde à Berlin, soit 200 kilomètres à parcourir. C'était un championnat international; aussi, des Français, des Anglais, des Russes, des Autrichiens, des Américains y ont-ils pris part avec une vingtaine d'Allemands. Un règlement très sévère interdisait aux concurrents de s'arrêter en route pour dormir et ne leur accordait qu'une heure pour les repas. Or les six premiers arrivants à Berlin étaient tous végétariens. Karl Mann le gagnant, âgé de vingt-huit ans, et qui depuis près de dix ans suit le régime, ayant couvert la distance en 26 heures 53 minutes, a été déclaré le champion marcheur du monde.



Si l'on en était encore à chercher des arguments en faveur de la vaccination, on pourrait servir celui-ci : depuis le commencement de l'année 1902, Montréal a eu à peu près 500 cas de variole dont 11 morts; sur le total de ces 500 cas, 432 n'avaient pas été vaccinés.

°°°

Une leçon d'hygiène pratique a été donnée par la ville de New-York lors de la dernière saison balnéaire. Elle s'est imposée de ne plus déposer à l'avenir ses vidanges à la mer afin de ne pas incommoder les plages des stations avoisinantes. Ces dernières localités auraient joui l'été dernier d'une propreté remarquable contrastant avec les desiderata des années précédentes.

°°°

Au début de la guerre hispano-américaine, dit le *Caducée*, tous les médecins du corps expéditionnaire reçurent un guide pratique qui n'était autre que la traduction de l'article du médecin-major Forgue, professeur de clinique chirurgicale à Montpellier, sur « L'antisepsie dans les formations sanitaires de l'avant ». Ce fait, ajoute-t-il, rapproché du silence gardé en France à l'égard de ce travail, vérifie une fois de plus la justesse de notre vieux proverbe : « Nul n'est prophète dans son pays. »

°°°

On connaît la chanson : « Mieux vaut se la faire plomber que se la faire arracher » ; dans ce but on procède dans la plupart des écoles du Danemark et dans un certain nombre d'établissements d'instruction en Allemagne à l'inspection systématique, à des époques réglementaires, de la dentition des élèves. Dans nos lycées, on devrait bien agir de semblable façon. Les dentistes qui y sont attachés n'auraient pas à intervenir pour des dents déjà fortement endommagées, ils ajouteraient la prophylaxie à la thérapeutique en arrêtant, à ses premiers débuts, la marche de la carie.

CHRONIQUE

L'HAGIOTHÉRAPIE

Les saints médecins

par le Docteur CABANÈS.

Les peuples anciens ont presque tous attribué l'invention des sciences, des lettres et des arts, de toutes les choses utiles en un mot, à leurs divinités; c'est ainsi qu'Apollon et Esculape ont été, dans les premiers âges, reconnus et honorés comme les dieux de la médecine.

Cela vient-il, comme on l'a prétendu (1), soit de ce que les premiers hommes qui ont trouvé du soulagement aux maux de leurs semblables, ont été ensuite déifiés par reconnaissance ; soit de ce que les premiers rois et les héros, qui ont été plus tard mis au rang des dieux, se sont fait un honneur d'exercer la médecine ; soit enfin de ce que les anciens peuples, ayant perdu le souvenir des hommes bienfaisants, desquels ils tenaient leurs premières connaissances médicales, ont préféré en faire honneur aux divinités qu'ils adoraient, que de confesser leur ignorance? Nous n'en

(1) GAUTIER. *Recherches historiques sur l'exercice de la médecine dans les temples.*

déciderons pas, imitant en cela l'exemple de ceux qui nous ont précédé. Le fait certain, c'est que les prêtres se sont arrogé de bonne heure l'exercice de l'art de guérir dans les temples, où le peuple affluait, espérant, par ses prières, conjurer la colère du ciel, et détourner les fléaux morbides et épidémiques, considérés comme le châtiment de leurs fautes.

Que la médecine ait été, au début, sacerdotale, les recherches modernes sur la question ne permettent guère d'en douter. Quand les Grecs eurent commencé à adorer Esculape comme dieu de la médecine, ses prêtres ne tardèrent pas à avoir le monopole de l'exercice de notre art.

Les Grecs ne faisaient en cela qu'imiter les Égyptiens et les Phéniciens, qui adoraient bien longtemps avant eux un dieu du nom d'Esculape — et il est même présumable (1) qu'il se produisit dans l'esprit des Grecs une confusion entre cette divinité des Égyptiens et le père de Podalyre et Machaon.

Le culte d'Esculape ne paraît pas, en effet, avoir existé antérieurement au siège de Troie : le premier temple qui lui fut dédié semble avoir été bâti par les soins du fils de Podalyre, en l'honneur de son aïeul, environ cinquante ans après la prise de Troie. Cette date a été, nous le savons, discutée; mais quelle que soit l'époque à laquelle remonte le culte rendu à Esculape, on ne saurait contester que celui-ci ait compté rapidement de nombreux fidèles, qui reconnaissaient en lui la divinité curatrice.

Il est vraisemblable que les Romains empruntèrent des Grecs le culte d'Esculape. Une peste, a-t-on conté (2), rava-

---

(1) C'est du moins l'opinion de Malgaigne (*Gazette des Hôpitaux*, 1842).

(2) VALÈRE MAXIME.

geait Rome depuis trois ans; on consulta les livres des sibylles, qui ordonnèrent d'amener Esculape d'Epidaure à Rome. Quand celui qu'on avait chargé de cette mission arriva au temple du dieu, à Epidaure, un des serpents en sortit, entra dans le vaisseau et se plaça dans la chambre de l'envoyé romain.

Lorsque le vaisseau fut parvenu à l'embouchure du Tibre, le serpent en sortit et se retira dans une des îles du fleuve, où il se roula sur lui-même : ce qui signifiait, prétendirent les augures, qu'Esculape voulait être adoré dans ce lieu. Pour obéir au présage, on lui bâtit un temple, qui devint bientôt très fréquenté.

Mais les Romains ne se contentèrent pas d'adorer Esculape, ils honorèrent pareillement Apollon, Mercure, voire Minerve, qui ne pouvait du reste que leur donner de sages conseils.

Deux exemples (1) vont nous permettre d'établir la filiation directe du christianisme au paganisme (2) et nous autoriser à rattacher directement les saints médecins aux divinités païennes.

L'histoire — ou la légende — nous apprend que Romulus, se souvenant de son enfance aventureuse, devint, après sa mort, un dieu romain, protecteur spécial des jeunes enfants; aussi les mères et les nourrices avaient-elles l'habitude de porter les enfants malades, pour implorer le secours du

---

(1) V. *la Civilisation primitive*, de Tylor, t. II.

(2) Dès la fin du IVe siècle, au moment où le christianisme tend à s'implanter à la place du paganisme, les moines détruisaient sans pitié les temples païens, les colonnes sur lesquelles étaient placés les faux dieux, et à la même place ils élevaient une petite église (Cf. *la Médecine dans l'Église*, etc., par Alb. Marignan, 1887, et surtout *Science et Religion*, par Malvert.)

dieu, dans le petit temple qu'on lui avait construit au pied du Palatin.

Bien des siècles après, le temple était remplacé par l'église de Saint-Théodore : le Dr Conyers Middleton, qui appela l'attention du public sur cette curieuse légende, voyait, chaque fois qu'il entrait dans cette église, dix ou douze femmes portant chacune un enfant malade, prier avec ferveur devant l'autel du saint ; naguère encore, tous les jeudis matin, on faisait dans cette église la bénédiction des enfants, surtout lorsqu'ils venaient d'être vaccinés.

Saint Côme et saint Damien devaient, selon Maury, leur privilège de thaumaturges à une série d'événements à peu près semblables. Ces saints furent martyrisés sous Dioclétien, à Egée, dans la Cilicie. Or, cette ville était célèbre pour le culte rendu à Esculape, dans le temple duquel on pratiquait l'*incubation*, c'est-à-dire le sommeil pour se procurer des rêves, constituant autant d'oracles. Il semble que cette fonction fut attribuée immédiatement aux deux saints locaux, car la première fois que nous entendons parler d'eux, ils apparaissent en songe à l'empereur Justinien, malade à Byzance.

Les saints guérirent l'empereur, qui leur fit construire un temple ; leur culte se répandit de toutes parts, et depuis ils apparurent souvent aux malades pour leur indiquer ce qu'ils avaient à faire.

Côme et Damien avaient-ils été médecins quand ils vivaient sur la terre ?

Il est à peu près certain qu'ils étudièrent tout au moins la médecine, dans les ouvrages d'Hippocrate et de Galien ; ils auraient même, dit-on, inventé un médicament (1).

(1) Au dire de Fabricius, Arnaud décrit, dans sa Pharmacopée, un

A en croire tel de leurs biographes (1), « leur science étant accompagnée du don des miracles, ils faisaient des cures admirables. Ils rendaient la vue aux aveugles, le marcher aux boiteux, l'ouïe aux sourds, l'usage des membres aux paralytiques, la liberté de l'âme et du corps aux possédés, en chassant les démons, et généralement la joie, la force et la santé aux affligés, aux languissants et aux malades; et comme ils exerçaient leur art purement par charité et pour l'amour de Dieu, sans recevoir aucun salaire, les Grecs leur donnèrent le surnom d'*Anargyres*, c'est-à-dire sans argent ».

Assurément, nous fait remarquer un humoriste, ce ne furent pas ces archiâtres qui inventèrent la *dichotomie*, cette ingénieuse, sinon très délicate combinaison, fort usitée de nos jours, au dire des méchantes langues.

Tandis qu'ils observaient scrupuleusement le commandement du Seigneur : *Vous avez reçu gratuitement, donnez gratuitement* (Matth., x), il advint un jour que l'un d'eux, Côme, sembla faillir à sa pieuse habitude : à la prière d'une malade qu'il avait guérie, Côme avait consenti à accepter d'elle, à titre de cadeau, deux œufs! Ce crime parut si énorme à Damien, que celui-ci interdit qu'après sa mort on donnât une sépulture commune à son frère et à lui. Mais Dieu, plus indulgent que son serviteur, se hâta de le justifier. Pendant son sommeil Damien eut une vision. Côme

---

médicament appelé *opopira*, inventé par nos saints (Cf. *Notice sur les saints médecins*, par le R. P. Dom Alphonse-Marie Fournier).

Citons encore, comme remèdes dus à des saints, l'*Emplâtre des saints Pierre et Paul*, indiqué par l'Anglais Gilbert, dans son *Thesaurus pauperum;* l'antidote de saint Paul, mentionné par Galien et Aétius; le *sirop de saint Ambroise*, vanté contre les fièvres, par Guaynerius et Manlius.

G. Bauhin a cité un certain nombre de plantes qui portent des noms de saints.

(1) *Les Petits Bollandistes.*

lui apparut et lui dit : « Mon frère, ce n'est point comme salaire que j'ai accepté ce présent, mais à cause du nom du Seigneur, et pour ne pas avoir l'air de le dédaigner. »

Damien, convaincu par cette argumentation quelque peu subtile, consentit alors à lever l'interdit que, dans un excès de foi, il avait prononcé.

Les deux saints qui périrent victimes des fureurs de Dioclétien (1), continuèrent, après leur mort, à faire des cures miraculeuses. Non seulement les malades allaient en pèlerinage à leur tombeau, mais les médecins venaient s'inspirer de leur souvenir, pour acquérir plus d'habileté dans leur art.

L'empereur Justinien, guéri par Côme et Damien d'une affection incurable, fit agrandir et fortifier la ville de Cyr, par respect pour les restes des saints dont les cendres reposaient dans son enceinte.

Ce souverain fit également bâtir à Constantinople deux superbes églises, qui furent placées sous leur invocation.

Le culte rendu aux deux saints médecins ne fut pas moins célèbre en Occident; vers l'an 528, le pape saint Félix IV éleva sous leur vocable, *près de l'ancien temple de Romulus et de Rémus* — notons le rapprochement — l'église que l'on voit encore aujourd'hui; c'est de là que partirent les processions ordonnées par le pape Grégoire le Grand contre la peste qui décimait Rome (2).

---

(1) Dans une mosaïque du VIe siècle, à Ravenne, ils sont représentés tenant un rouleau. On les peint aussi tantôt décapités, tantôt ayant entre eux deux un jeune enfant à genoux. Ils tiennent chacun une fiole. Saint Côme seul est représenté assis, tenant une espèce de boite à médicaments; le même tenant une flèche et une petite fiole, et près de lui saint Damien tenant les mêmes objets. (*Les Petits Bollandistes*, 7e édition, Bar-le-Duc, 1874, t. XI, p. 444.)

(2) Rome posséderait actuellement deux autres églises dédiées aux

On trouve encore, dans divers pays d'Europe, des monastères élevés à la glorification de nos saints patrons (1).

Leur culte semble avoir été introduit en France, au v[e] siècle ; à cette époque, saint Germain, évêque d'Auxerre, leur consacra un monastère de son diocèse.

Au siècle suivant, Grégoire de Tours rapporta de Rome quelques parcelles de leurs reliques et les déposa, ainsi qu'il le rapporte lui-même (2), dans l'église de Saint-Martin.

Au xii[e] siècle, un chevalier français, retour des Croisades, offrit à la petite ville de Luzarches deux gros ossements et plusieurs autres fragments des reliques des deux saints. Deux églises furent bâties en leur honneur, et dans celle dédiée à saint Côme, fut établi un chapitre de chanoines, pour la desservir et veiller sur le trésor qu'elle renfermait (3).

Plus tard, en 1320, les reliques des saints martyrs furent solennellement déposées dans des châsses en argent, don de la reine Jeanne, épouse de Philippe le Long.

Avant que la cérémonie commençât, les chanoines de Luzarches invitèrent les chirurgiens de Paris à rendre visite aux ossements des saints, dont ils avaient la garde. Quand ils eurent rempli leur fonction, les chanoines demandèrent qu'il ne fût fait qu'une seule confrérie de celle

---

saints Côme et Damien : l'une d'elles, située *Via dei Barbieri*, est, depuis le xvi[e] siècle, le siège de la corporation des barbiers : la fête des saints martyrs y était encore, en ces dernières années, célébrée solennellement. (Dom Fournier, *op. cit.*)

(1) Saint Côme et saint Damien étaient plus spécialement considérés comme les patrons des chirurgiens. Les médecins se plaçaient généralement sous la protection de saint Luc et les apothicaires sous le patronage de saint Nicolas. (Cheylud, *Les anciennes corporations des médecins, chirurgiens et apothicaires de Murat.*)

(2) *Historia Francorum*, lib. X.

(3) Dom Fournier.

des chirurgiens de Paris et de la leur, sous la direction des maîtres chirurgiens, à condition que ceux-ci députeraient chaque année, aux fêtes de saint Côme et saint Damien, et des apôtres saint Simon et saint Jude, deux des leurs, pour assister au service divin, faire ensuite la visite des pauvres malades et inscrire ceux qui voudraient avoir part aux prières et bonnes œuvres de la confrérie (1).

Les reliques de Côme et Damien attirèrent à Luzarches un grand concours de peuple; on s'y rendit en pèlerinage de divers points du territoire.

D'illustres personnages, entre autres saint Louis, se firent affilier à la confrérie placée sous le patronage des deux saints. Les rois Charles V et Louis XIII (2) tinrent également à honneur de leur rendre hommage (3).

A Paris, des reliquaires d'argent, contenant leurs précieux débris, furent exposés, chaque année, le jour de leur fête, à la vénération des fidèles, partie dans l'église métro-

---

(1) Dom Félibien, *Histoire de Paris*.

(2) Les chirurgiens avaient reçu de ce prince, né le 27 septembre, jour de la fête de saint Côme, l'autorisation d'introduire la fleur de lys dans leur blason, portant : trois boîtes à pilules avec fleur de lys en pal (Cf. *Les armoiries des chirurgiens de Saint-Côme aux* XVIe, XVIIe *et* XVIIIe *siècles*, par le Dr H. Dauchez, ancien interne des hôpitaux de Paris).

Saint Côme et Damien figurent dans la plupart des armoiries des communautés de chirurgiens. Parfois ils sont accompagnés de saint Luc et les statuettes de nos saints patrons alternent le plus souvent avec les armes du Roi, de la ville et de l'Université dont ces communautés dépendent.

(3) Les statuts, publiés par Jehan Pitard, chirurgien de Philippe le Bel, en 1268, nous révèlent que le pèlerinage annuel à Saint-Côme, de Luzarches, s'accomplissait le jour octave de la fête des saints. Tous étaient tenus de subvenir aux frais du voyage. En 1320, il fut décidé que deux maîtres y seraient députés au jour même de la fête.

Au siècle dernier, de nombreux confrères parisiens (on cite, entre autres, Récamier, Laënnec, Cruveilhier, Maisonneuve) se rendirent à Luzarches, le 27 septembre, pour y vénérer les reliques de leurs saints patrons et y donner leurs soins aux malades indigents de la région.

politaine de Notre-Dame, partie dans l'église paroissiale de Saint-Côme et Saint-Damien, qui avait été bâtie par l'abbé de Saint-Germain-des-Prés, au coin des rues de la Harpe et des Cordeliers. C'est dans cette église que fut érigée, par saint Louis (1255), la fameuse confrérie des chirurgiens-barbiers (1).

L'assemblée générale de la confrérie avait lieu le 27 septembre.

La fête de Saint-Côme et de Saint-Damien était chômée, comme les principales fêtes de l'Église, et il y avait pour les confrères défense « d'ouvrer ès jours dessuditz sous peine de V sols parisis d'amende, sauf et réservé qu'ils porront bien sainier à ceux qui besoin en auront (2) ».

Ce jour-là, les confrères devaient assister aux offices de l'église où était établie la confrérie. Le lendemain, ils faisaient célébrer une messe des morts (3) pour les maîtres décédés (4).

La veille, le son des cloches de la Collégiale annonçait la fête; le carillon se renouvelait le lendemain de très bonne heure et aussi avant la messe. A cet appel, les membres des trois corporations se rendaient à l'église et prenaient place

---

(1) A la fin du XVIIe siècle, les chirurgiens élevèrent à côté un amphithéâtre d'anatomie et quelques années plus tard une nouvelle salle, d'une grande étendue, fut jointe à cet amphithéâtre. Devenue propriété nationale et vendue le 12 aivôse an V, l'église Saint-Côme fut transformée en atelier de menuiserie, et enfin démolie, en 1836, pour élargir les abords de la rue Racine (Dom FOURNIER).

(2) *Recueil de documents inédits sur l'histoire du Tiers-État*, région du Nord, t. II, p. 92 (Statuts des Barbiers d'Amiens du 1er mars 1422).

(3) Le jour des funérailles d'un confrère, le préposé de la Compagnie devait faire chanter les vigiles des morts avec trois leçons et une messe solennelle pour l'âme du défunt. Tous les membres, maîtres ou bacheliers, étaient tenus d'y assister (Statuts de 1268).

(4) Statuts de Jehan Pitard.

dans la chapelle de la confrérie. Cette chapelle était décorée et illuminée avec soin; les statues de saint Côme et de saint Damien se trouvaient sur un trône, et en face, la bannière de la confrérie.

Une grand'messe avec orgues et chœurs était célébrée sur l'autel de Saint-Côme et Saint-Damien; la musique égayait la cérémonie et lui donnait plus d'éclat,

Le sermon des grandes fêtes ne manquait pas: le prédicateur prononçait habituellement le panégyrique des deux saints. Après l'allocution avait lieu le *reinage*.

Le reinage, coutume encore en vigueur dans certaines localités de la Haute Auvergne, consistait en une quête pour l'entretien de la chapelle de la confrérie, quête spéciale et d'une forme si originale, que le mot est peut-être impropre pour définir le reinage, qui était presque une vente aux enchères.

En effet, le sermon terminé, le prêtre annonçait qu'il allait procéder au reinage de Saint-Côme et Saint-Damien et, tout comme un commissaire-priseur de nos jours, disait: « A combien le premier roi? » Aussitôt la lutte commençait, et médecins, chirurgiens et apothicaires se disputaient, à coups de sols et de livres, cette royauté de circonstance, qui était adjugée au plus fort et dernier enchérisseur. Il en était de même pour la première reine, le second roi, etc.

Rois et reines avaient le bénéfice de quelques privilèges honorifiques; certaines fonctions leur étaient réservées à la procession. C'est ce qui nous fait croire que le *reinage* n'était pas une quête, dans le sens absolu du mot.

La messe était suivie d'une procession, manifestation extérieure qui avait beaucoup d'attrait pour la population. Médecins, chirurgiens et apothicaires, revêtus du costume

spécial réservé à leur profession, devaient en effet former un cortège très original, sinon très beau.

Les *bailes* marchaient en tête, puis venait le premier roi porteur de la bannière; à la suite les statues de saint Côme et de saint Damien, placées sur une sorte de brancard, soutenues par les deuxième et troisième rois et entourés par les autres confrères. Les reines portaient des oriflammes ou d'autres insignes; le clergé fermait la marche.

Sur tout le parcours, des chants religieux ou la musique se faisaient entendre; processionnellement on revenait à l'église, et un salut solennel clôturait la cérémonie.

Il est très probable que les confrères banquetaient à l'issue de cette dernière, mais rien ne l'indique dans leurs comptes.

Quoi qu'il en soit, le programme de la fête comprenait une réjouissance publique, un *feu de joie*. Pendant l'après-midi du 27 septembre, les trois corporations tenaient leur séance annuelle dans la maison de l'un des membres (1).

Les statuts de la confrérie de Saint-Côme et Saint-Damien avaient été rédigés dans un esprit empreint du plus large humanitarisme: chaque maître devait aider de ses ressources les confrères tombés dans l'indigence; le service des malades pauvres était l'objet de règlements spéciaux.

« Le premier lundy de chacun mois non festés, les quatre recteurs de la confrérie devaient assister à dix heures du matin à la messe qu'ils font célébrer en l'église Saint-Cosme et Saint-Damien (à Paris).

« Le service divin parachevé, tous les pauvres navrés ou blessés et malades qui se trouvent ès charniers bâtis à cet

(1) Cheylud, *op. cit.*

effet, sont visités sans salaires par lesdits recteurs, auquel lieu en hiver ils font chauffer les petits enfants, leur donnant conseils et ordonnances par escrit pour remédier (si remèdes il y a) à leurs blessures et maladies (1). »

Le torrent révolutionnaire entraîna la confrérie de Saint-Côme, en même temps que les corporations, maîtrises et jurandes qui subsistaient encore ; ce n'est qu'en 1884 que quelques médecins chrétiens songèrent à établir les bases d'une société qu'ils placèrent à nouveau sous le vocable des saints dont nous venons d'écrire l'histoire.

(*A suivre.*)

HOPITAL DE LA PITIÉ

Leçons de clinique thérapeutique,

par Albert Robin,
de l'Académie de médecine.

IX. — *Les retentissements des dyspepsies. — L'épilepsie et les troubles gastriques* (2).

I

Le malade que je vous présente est un homme âgé de trente-sept ans. Il est sujet depuis l'âge de douze ans à des crises d'épilepsie. Elles sont des plus caractéristiques; je n'insisterai pas sur leur symptomatologie. Il a eu dans

(1) Règlement reproduit sur une vieille estampe de la corporation.
(2) Recueillies et rédigées par le Dr Bertherand, assistant du service.

notre service plusieurs attaques, auxquelles nous avons pu assister. Le diagnostic est des plus fermes : ce sont de grandes attaques classiques.

Jusqu'à présent le malade a été soumis au traitement habituel du mal comitial; il a pris du *bromure de potassium* à haute dose et d'une manière prolongée. Cependant il n'a pas tiré grand profit de ce médicament. Il ne se passe point de semaine qu'il n'ait une ou plusieurs crises, sans compter qu'il a la peau couverte de pustules d'acné.

Nombreuses sont les causes qui sollicitent les attaques; mais tous les auteurs qui se sont occupés de l'épilepsie ont noté l'influence des troubles dyspeptiques.

Ce fait m'avait aussi vivement frappé. J'ai pratiqué l'examen du chimisme stomacal chez dix épileptiques : chaque fois il était anormal. Dans un de ces cas suivi avec l'aide de Küss, nous avons observé une dyspepsie presque latente, et exerçant pourtant une action manifeste sur les crises d'épilepsie.

Dans une communication à la Société de thérapeutique, M. de Fleury, qui s'occupe avec tant de distinction des affections qui relèvent de la pathologie nerveuse, avait bien mis en relief l'influence des troubles gastriques sur la production des attaques d'épilepsie. Il a noté que dans presque toutes les observations publiées sur ce sujet, tous les médecins d'asiles spéciaux ont remarqué les relations qui existent entre l'état de l'appareil gastro-intestinal et le retour des paroxysmes. En effet, il est fréquent que l'attaque comitiale s'accompagne de vomissements alimentaires chez nombre de malades, et l'on peut prévoir souvent quelques jours à l'avance la venue de l'attaque, en surveillant l'état du tube digestif, qui présente tous les signes de l'embarras gastrique.

Avec G. Ballet, Marinesco, P. Blocq et bien d'autres auteurs encore, M. de Fleury pense que l'épilepsie à forme gastro-intestinale dépend d'une auto-intoxication d'origine alimentaire. Pourtant il n'est pas sans faire quelques réserves, puisqu'il admet que la théorie réflexe peut avoir sa part de vérité. Je vous répète encore que jamais l'auto-intoxication n'a été démontrée, et qu'il est plus conforme à l'observation d'admettre une excitation réflexe de l'écorce cérébrale et du bulbe sous l'influence de l'irritation exercée sur une muqueuse gastrique sensible par l'HCl en excès, aidé des acides de fermentation. C'est par ce procédé de l'irritation réflexe qu'agissent les vers intestinaux et les repas trop copieux qui provoquent la crise épileptique avant que la digestion leur permette d'agir chimiquement.

Il y aurait donc une épilepsie d'origine gastrique. Cela est inexact en ce sens que très peu de malades ne présentent pas de troubles gastriques ou du moins n'ont pas d'altérations chimiques superposées ou parallèles à l'épilepsie; mais il est vrai, d'autre part, que beaucoup d'épileptiques sont améliorés par un traitement gastrique.

Quant à admettre une variété d'épilepsie vraie, dépendant uniquement de troubles digestifs et que l'on pourrait dénommer épilepsie d'origine gastro-intestinale, je ne saurais le faire encore avec les faits de mon observation personnelle. Les troubles digestifs ne me semblent agir, que comme agents provocateurs des crises chez des individus en imminence virtuelle d'attaques; mais ils ne créent pas de toute pièce la maladie épileptique. Car si je connais des cas où un bon traitement gastrique a diminué et espacé quelquefois considérablement les crises, je n'en connais pas encore où il ait annihilé l'effet d'autres incitations à la crise et guéri définitivement l'épilepsie vraie. D'autre part,

j'admets avec tout le monde que les troubles gastriques peuvent, chez certains névropathes prédisposés, créer des accès épileptiformes à répétition dont l'attaque ressemble parfois à s'y méprendre à celle de l'épilepsie vraie.

J'ai soigné, avec un confrère de la ville, une jeune fille de vingt-quatre ans, atteinte d'une forme grave d'épilepsie. Tous les jours elle avait plusieurs crises et environ chaque mois, une grande crise convulsive. Elle avait été gorgée de bromure sans succès. Elle présentait le type le plus parfait des fermentations gastriques. Sous l'influence du traitement de la dyspepsie, très rapidement les accès s'atténuèrent et disparurent même. La malade resta quatorze mois sans avoir d'attaque. Il était donc permis de penser que l'épilepsie était d'origine gastrique, puisque le bromure avait échoué et que le traitement gastrique avait réussi. Mais les attaques de haut mal se reproduisirent, plus tard, à la suite d'un grand chagrin. La cause occasionnelle avait été guérie, mais non la maladie. La sollicitation gastrique était remplacée par une sollicitation psychique.

II

Cependant il est utile de connaître les faits précédents et de rechercher s'il n'existe pas des troubles digestifs, chez les épileptiques que vous aurez à soigner. Si on en constate, souvent le traitement de la dyspepsie diminuera le nombre ou la fréquence des crises. Vous les rechercherez aussi dans les autres états convulsifs ou épileptiques en général, la chorée, les convulsions, les accès épileptiformes. N'oubliez pas que les viciations digestives sont alors fréquemment latentes et qu'il sera nécessaire de recourir à l'analyse du chimisme stomacal, ou au moins de ne pas se contenter des

réponses du malade, ni de l'absence de symptômes subjectifs et de pratiquer l'examen complet des organes digestifs.

Pour en revenir à notre malade, il ne se plaint d'aucun trouble digestif; il affirme que ses fonctions gastro-intestinales s'accomplissent d'une façon tout à fait normale. Cependant il y a un peu de clapotement gastrique à la palpation de l'estomac; la langue est recouverte d'un enduit blanchâtre.

L'analyse du suc gastrique nous a fourni les renseignements suivants :

Le liquide extrait contient 1 gr. 70 d'HCl libre, au lieu de 0,40, et 1 gr. 40 d'HCl combiné ; c'est-à-dire qu'il y a une chlorhydrie totale de 3 gr. 10 au lieu de 1 gr. 40 qui est la moyenne : elle est donc doublée. Les acides de fermentation atteignent 0,80 par litre exprimés en HCl ; ils sont de 1 gr. 968 exprimés en acide lactique.

Bien que le malade n'accuse aucun trouble subjectif ou objectif, l'examen du suc gastrique nous permet cependant de constater que nous sommes en présence d'une dyspepsie latente, d'une hypersthénie gastrique avec hyperchlorhydrie et fermentations secondaires.

Bien entendu, on suivra concurremment les prescriptions médicamenteuses afférentes à chacun de ces modes de dyspepsie.

Dans les épilepsies liées à l'*hypersthénie*, je vous recommande spécialement l'emploi du *sulfate neutre d'atropine* que j'associe à la *picrotoxine* dans la formule suivante :

Picrotoxine...........................	0 gr. 05
Alcool pour dissoudre................	q. s.
Chlorhydrate de morphine............	0 gr. 05
Sulfate neutre d'atropine.............	0 » 01
Ergotine Bonjean.....................	1 »
Eau distillée de laurier-cerise.........	12 »

M. s. a. et filtrez.

Donnez V gouttes de cette mixture dans un peu d'eau cinq minutes avant les repas ou avant les prises de lait sans dépasser en tout cas XX à XXV gouttes dans les vingt-quatre heures.

En cas d'insuccès, j'emploie la *teinture de menispermum cocculus*, qui, à la dose de X à XX gouttes par jour, m'a quelquefois donné de bons effets.

Quant au *lavage de l'estomac*, je n'en ai pas obtenu les excellents résultats qui ont frappé M. de Fleury ; mais je ne nie pas que dans les cas d'intenses fermentations avec stase gastrique, il ne puisse être employé occasionnellement avec avantage, surtout si les autres moyens de traiter les fermentations ont échoué.

Tous les médicaments anti-épileptiques, le *bromure de potassium*, le *bromure de camphre*, les *polybromures*, etc., doivent être supprimés. On tolérera à la rigueur de petites doses de *chloral* ou d'*opiacés*, et cela bien plutôt en raison de leur action d'arrêt sur la sécrétion gastrique qu'à cause de leurs soi-disant effets anti-épileptiques.

Nous ferons donc suivre à notre malade le traitement de *l'hypersthénie gastrique avec hyperchlorhydrie et fermentations lactiques secondaires*.

Je vous ai maintes fois énoncé les principes de ce traitement; je vais seulement vous énumérer les points principaux :

1° Avant le déjeuner et le dîner, cinq minutes avant le repas, prendre VI gouttes de la mixture suivante dans une cuillerée d'eau :

Ergotine Bonjean..........................	3 gr.
Eau distillée..............................	4 »

Dissoudre, filtrer et mélanger goutte à goutte avec :

Teinture de menispermum cocculus.....		āā 5 gr.
— de veratrum viride...........		
— de belladone		
— thébaïque.......		

M. s. a. et filtrez.

2° Au milieu du déjeuner et du dîner j'ordonne, contre les fermentations lactiques, une cuillerée à soupe de la solution suivante :

Fluorure d'ammonium................	0 gr. 20
Eau distillée.........................	300 »

Dissolvez.

3° A la fin du repas, pour saturer les acides de fermentation, donnez une des poudres suivantes diluée dans un peu d'eau :

Carbonate de chaux précipité..............	6 gr.
Magnésie calcinée.....................	4 »
Bicarbonate de soude.....................	4 »

M. s. a. Divisez en 12 paquets.

4° Chaque matin au réveil et à jeun, afin d'éviter la constipation, prendre un des paquets suivants dissous dans un demi-verre d'eau de Seltz :

Sulfate de soude.........................	7 gr.
— de magnésie.......................	3 »

Mêler en un paquet.

Le régime prend une importance très grande, car de sa rigueur et de sa durée dépend surtout le succès.

La réalité de l'influence stomacale sur les crises sera confirmée par les résultats du traitement gastrique (1).

(1) Le traitement précédent a été suivi pendant deux mois au cours desquels le malade n'a eu aucune crise épileptique.

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Chirurgie générale.

L'appendicite. — Dès que l'appendicite est hors de doute, dit M. Lucas-Championnière (*Journal des Praticiens*, 17 mai 1902), il faut prendre le bistouri. Les chirurgiens d'enfants sont d'avis de temporiser. Brun, Jalaguier, Broca ne montrent pas d'empressement à intervenir. Ils ont eu des accidents qu'ils attribuent à l'opération. C'est possible. Chez les enfants, l'extension d'une inflammation s'opère avec plus de rapidité, les accidents post-opératoires peuvent être plus fréquents.

Ce que je sais, c'est qu'il n'en est pas de même des adultes. J'ai opéré des adultes à toutes les périodes et en pleine acuité du mal. Je n'ai pas eu à me repentir de ma conduite. Le traitement médical ne convient guère qu'aux pseudo-appendicites et par celles-ci j'entends surtout l'entéro-colite douloureuse. De la glace sur le ventre, un lavement dans les premières heures pareront aux premières indications. Le lendemain on donnera un purgatif léger (huile de ricin, 30 grammes).

On s'abstiendra de calomel qui, dans l'occurrence et chaque fois qu'il s'agit de déboucher un intestin, devient un déplorable remède. Ceci fait, on aura la consolation de penser qu'on n'a pas nui à son malade. Le praticien, s'il donne de l'opium, ne pourra en dire autant. L'opium est très dangereux. Chez l'enfant comme chez l'adulte, il doit être proscrit, car il augmente la constipation, masque les phénomènes réactionnels qui tracent la conduite du praticien, donne une sécurité trompeuse, affaiblit la vitalité des tissus. Opérez une appendicite qui vient d'être traitée par l'opium, une parésie intestinale peut se montrer qui augmentera singulièrement les risques opératoires.

Croire qu'avec l'opium on immobilise absolument l'intestin,

c'est une assertion bien hasardée. L'opium ne produit pas semblables effets et si l'on s'imagine qu'il va empêcher la péritonite, c'est là une illusion qui n'a que ce tort : de ne s'être jamais traduite par une réalité. En revanche, l'opium gêne le fonctionnement de cet intestin.

Si le malade souffre trop et que rien ne soit prêt pour l'opération, calmez plutôt par une simple injection de morphine. Usez d'une faible dose, juste de quoi soulager. L'injection de morphine offre cet avantage de ne pas accumuler le remède dans l'intestin et si elle masque les symptômes, de ne les dissimuler que pour 2 ou 3 heures. En cas d'urgence, c'est à elle qu'on aura recours. Ce ne sera, faut-il encore l'ajouter, qu'un expédient. Dans l'appendicite vraie, aussitôt que le diagnostic sera établi, ce n'est pas le médecin, c'est le chirurgien qui s'impose.

De l'asepsie des mains en chirurgie. — M. Longuet a publié dans les n^{os} des 6 juillet, 10 et 17 août de la *Presse médicale*, un substantiel travail à ce sujet qu'il termine par les conclusions suivantes :

I. — Les arguments *théoriques* pour ou contre l'asepsie des mains doivent faire place aux arguments expérimentaux et cliniques, car ils n'ont pas de valeur décisive.

II. — Les arguments *expérimentaux* démontrent que si la stérilisation des mains par les méthodes usuelles est à la rigueur possible, pour un nombre de cas tout à fait exceptionnels, cette stérilisation n'est ni durable, ni constante ; qu'elle est tout à fait douteuse ou nulle après un contact septique rapproché.

III. — Les arguments *cliniques* prouvent que la désinfection des mains après un contact septique rapproché peut être absolument insuffisante et se traduire par des accidents post-opératoires mortels.

IV. — En conséquence le chirurgien doit éviter tout contact septique, et s'il se trouve dans la nécessité de pratiquer ce contact de nature à compromettre la réussite d'une intervention aseptique consécutive, il devra, suivant les cas, recourir à l'une

des méthodes indiquées plus haut. Parmi les moyens les plus sûrs dont nous disposons actuellement pour éviter tout contact préjudiciable au malade, l'usage des gants imperméables, malgré de réelles imperfections, reste, quant à présent, un procédé de haute valeur. Presque tous les chirurgiens, à la suite de Mikulicz et de Quénu, reconnaissent aujourd'hui la nécessité de leur emploi, non pas d'une manière systématique, mais pour certains cas nettement spécifiés, en particulier pour la grande majorité des interventions septiques.

Maladies des reins et des voies urinaires.

Cystite hémorragique grippale. — Trois malades, trois femmes observées par M. Breton (de Dijon) ont présenté simultanément des troubles vésicaux succédant aux troubles généraux de la grippe vulgaire et les remplaçant trois à quatre jours après leur apparition pour persister pendant quinze jours environ. (*Gazette des hôpitaux* 13 mai 1902.)

Inutile de dire qu'un examen méticuleux du rectum, du vagin, de l'utérus, des annexes, de la vulve, de l'urètre, du méat ayant été fait, ne permit pas d'y voir la cause de l'hématurie constatée, dans une lésion, si minime fût-elle, d'un quelconque de ces organes. Le sang venait bien de la vessie. Pas de passé rénal, urinaire, chez ces trois malades. Elles furent prises de grippe en état de santé normal, et les signes de cystite éclatèrent soudain. Chez toutes les trois, début classique de la grippe avec son cortège de symptômes généraux, durée des prodromes pendant trois à quatre jours, localisation grippale sur la vessie et disparition de tous autres signes. Ce ne peut être là une coïncidence fortuite, vu la disparition des phénomènes généraux de la grippe lors de l'apparition de la cystite, vu l'évolution identique de la maladie chez les trois femmes. Il s'agit donc ici d'une forme spéciale, qui n'a pas lieu de surprendre, le microbe de Pfeiffer et ses toxines ayant une action élective congestive spéciale pour les muqueuses.

La grippe hémorragique est déjà signalée : l'*hématurie grippale*

viendra se ranger à côté de l'entérorragie, des métrorragies connues pour avoir cette origine.

Le traitement consiste dans le repos complet au lit, régime lacté, boissons émollientes. Contre l'hématurie, on emploiera utilement l'ergotine en potion, les injections vaginales très chaudes et les lavements chauds. Les suppositoires à la belladone et à l'opium auront raison de la douleur vésicale, du ténesme. Contre les signes propres de la cystite, les perles de térébenthine et le benzoate de soude nous rendront service.

Maladies du larynx, du nez et des oreilles.

Traitement de la laryngite diphtéritique. — En présence d'un enfant atteint de toux rauque avec dyspnée intense, dont la température s'élève à 38°5 et le pouls à 130, dont les urines peu abondantes sont légèrement albumineuses et qui présente des fausses membranes dans la gorge, on doit porter le diagnostic de laryngite diphtérique.

Pour combattre l'intoxication qu'est la diphtérie, il faut, sans temporiser et attendre le résultat de l'examen bactériologique, injecter 20 cc. de sérum anti-diphtérique : si cette dose ne suffisait pas, on injecterait à nouveau 10 cc.

Cette dose de 20 cc. de sérum est d'une innocuité absolue, même dans le cas où il y aurait une erreur de diagnostic.

Si les calmants ne diminuent pas la dyspnée, on recourra au tubage : on pourra prescrire 2 centigrammes de codéine dans un looch blanc de 90 grammes avec de bons résultats.

On fera dans la chambre des pulvérisations chaudes d'acide borique à 2 0/0 et on y ajoutera des fumigations du mélange suivant :

Teinture d'eucalyptus	} ââ 30 gr.
— de benjoin	}
Eau distillée	1 litre.

qu'on fait évaporer en le chauffant sur une veilleuse.

Si, malgré ce traitement, le malade continue à avoir du tirage, on pratiquera le tubage.

On pourra tenter le détubage au bout de 48 heures; en tout cas, on laissera le tube le moins longtemps possible.

Pour favoriser l'élimination du poison diphtérique, donner matin et soir un bain à 37° pendant 10 minutes, suivi d'un enveloppement dans une couverture de laine; boissons abondantes, injections de sérum artificiel :

Chlorure de sodium....................	7 gr.
Sulfate de soude.......................	10 »
Eau stérilisée.............................	1 litre.

4 injections par jour de 100 cc. chacune dans les 24 heures.

Pour remonter l'état général, potion de Todd avec 5 à 20 gr. d'eau-de-vie, vin de champagne, lait en abondance et alimentation s'il n'y a pas d'albuminurie.

En cas d'infection gastro-intestinale, donner le paquet suivant :

Calomel..........................	āā 0 gr. 20
Scammonée......................	

L'antisepsie de la bouche sera assurée par de larges irrigations d'une solution à 50/1000 de liqueur de Labarraque et celle du nez par des instillations d'huile mentholée à 1/100.

A titre prophylactique, on injectera aux autres enfants de la famille 5 cc. de sérum antidiphtérique et on isolera le malade. (Ausset et Combemale. *Echo médical du Nord*, 30 décembre 1900.)

Maladies des yeux.

Ulcères infectieux de la cornée et leur traitement. — Un traitement nouveau des ulcères infectieux de la cornée a été institué par M. Galezowski (*Recueil d'ophtalmologie*, avril 1901), dont voici les grandes lignes :

a) Examiner et soigner attentivement les voies lacrymales, qui sont souvent le premier et l'unique foyer d'infection. L'injection faite dans les voies lacrymales deux fois ou une par jour avec de l'eau stérilisée amène très souvent à elle seule une amélioration de l'ulcère.

Quelquefois, il faut agir plus énergiquement et faire de suite l'incision du point lacrymal et le cathétérisme, car la suppuration du sac lacrymal, la dacryocystite, est bien souvent une cause principale de la maladie.

b) L'application de quelques sangsues à la tempe pourra être utilement prescrite, quelquefois 2 et 3 fois dans le courant de la maladie.

c) Des installations, des collyres de scopolamine ou duboisine, alternativement, amèneront un effet immédiat. Souvent il faudra joindre à ces deux collyres l'instillation fréquente de cocaïne.

Eau distillée....................	10	gr.	
Sulfate neutre de scopolamine....	0	»	05
Cocaïne..........................	0	»	10

4 fois par jour instiller dans l'œil.

Eau distillée....................	10	gr.	
Nitrate neutre de pilocarpine......	0	»	15
Cocaïne..........................	0	»	05

Instiller 2 fois par jour quelques gouttes.

d) L'œil devra être maintenu hermétiquement fermé par un bandage élastique et couvert avec du lint aseptique.

e) Mais il arrive par moment que l'inflammation de la cornée gagne la conjonctive bulbaire, ou que cette dernière a provoqué l'ulcère infectieux. C'est alors que le badigeonnage de l'intérieur des paupières avec une solution de nitrate d'argent au 1/40, 2 fois ou 1 par jour selon la lésion, devient indispensable. Par ce moyen, on arrête le mal et on sauve les yeux, en revenant aux instillations des collyres.

f) Les pommades sont de deux sortes : les unes sont aseptiques à l'iodoforme, à l'aristol et aux cirsoforme, et les autres sont des pommades mercurielles.

Rp.	Vaseline.........................	10	gr.	
	Iodoforme porphyrisé...........	0	»	10
	Chlorhydrate de cocaïne..........	0	»	05
Rp.	Vaseline.........................	10	gr.	
	Cirsoforme......................	0	»	10
	Eucaïne.........................	0	»	05

g) La première période de l'ulcère terminée, et lorsque la cornée commence à se cicatriser, on aura recours aux pommades mercurielles :

Lanoline	10	gr.	
Calomel porphyrisé	0	»	15
Dionine	0	»	05

Hygiène et toxicologie.

Alcool méthylique ayant occasionné de la cécité. — Doit-on placer l'alcool méthylique sur la liste des substances toxiques? Telle est la question que se pose M. S. Burnett, de Washington (*Gaz. thérap.*, 15 déc. 1901). Un certain nombre de substances semblent posséder une prédilection pour l'appareil nerveux de la vision. Parmi celles-ci : le tabac, la quinine, l'alcool éthylique. Il peut se produire sous l'influence de ces divers agents de l'amblyopie, voire même une cécité totale. L'amaurose produite par la quinine est ordinairement permanente, alors que les troubles occasionnées par le tabac et l'alcool sont passagers. L'esprit-de-bois semble être, lui aussi, un agent toxique qui s'attaque à la vue. On a déjà publié depuis quelques années quelques observations relatant des symptômes toxiques provenant du fait de l'alcool méthylique. En général, les symptômes sont analogues; quelques heures (12 à 48) après l'injection du poison, les malades se plaignent de l'obscurcissement de leur vue qui peut, après quelques heures, aller jusqu'à la perte complète de la vision. Les pupilles sont largement dilatées et ne sont pas sensibles à la lumière. Il n'y a pas de douleurs, à peine quelque gêne dans les orbites. Si la dose a été très forte, les symptômes habituels d'une grave intoxication entrent en scène : nausées, vomissements, vertige, perte de la conscience, mort.

Les quantités de la substance toxique nécessaires pour amener la mort peuvent être bien variables. Dans certains cas, une très faible dose peut déjà produire quelques symptômes toxiques. Pendant ces derniers temps, on rapportait un certain nombre de cas de cécité occasionnés par l'ingestion de gin provenant de la

Jamaïque, et d'autres alcools plus ou moins frelatés. Il paraît maintenant certain que ces boissons avaient été fabriquées à l'aide d'alcool méthylique. L'analyse montre que l'alcool utilisé dans ces fabriques d'essences contenait 75 p. 100 d'alcool méthylique.

La toxicité de l'alcool méthylique peut exercer ses ravages en employant une autre voie que la voie stomacale. On a rapporté des observations qui montrent qu'il suffit d'être exposé aux vapeurs de ce produit pour en subir l'action toxique. Est-ce l'alcool méthylique lui-même qui occasionne ces intoxications? Ne seraient-ce pas quelques produits qu'il contiendrait? Quoi qu'il en soit, les observations sont maintenant nombreuses qui montrent qu'on ne doit pas considérer l'alcool méthylique comme un produit inoffensif.

De l'empoisonnement arsenical et des expertises médicales en matière criminelle (*A propos de l'affaire Danval*). — Le pharmacien Danval vient d'être gracié après 25 ans de bagne. Lorsqu'il fut condamné en 1877, un témoin à décharge, l'honorable M. Bouis, a dit : « Le verdict du jury est inattaquable, mais la question scientifique est ouverte. »

On sait, en effet, que les questions relatives à l'empoisonnement par les préparations arsenicales ont été autrefois l'objet de vives controverses et il faut convenir que, malgré les récents progrès de la pathologie et de la chimie, beaucoup de points sont encore aujourd'hui contestés.

Néanmoins à l'heure actuelle les propositions ci-après paraissent bien établies :

1° L'arsenic n'existe pas normalement dans l'organisme humain, mais il se trouve répandu autour de nous en grande quantité;

2° Il donne fréquemment lieu à des empoisonnements professionnels ou accidentels;

3° L'empoisonnement criminel, très fréquent autrefois, a considérablement diminué depuis trente ans. Cette diminution paraît devoir être attribuée aux mesures administratives prises contre la

vente du poison et aux progrès de la science qui ont permis d'en constater la présence dans l'économie ;

4° Il faut, pour déterminer les accidents très graves ou la mort, l'ingestion de 2 à 10 centigrammes d'arsenic ;

5° Il est toujours possible de constater la présence du toxique dans l'économie, même lorsqu'il n'y existe qu'à de très faibles doses ;

6° L'empoisonnement arsenical, surtout l'intoxication chronique, détermine des lésions spéciales, parmi lesquelles la dégénérescence graisseuse du foie doit être placée au premier rang ;

7° Chaque fois que la dose d'arsenic trouvée dans l'organisme n'excède pas 1 centigramme et qu'on ne peut constater la présence de la lésion anatomique dont nous venons de parler, on ne doit pas, s'appuyant sur l'expertise médico-légale seule, conclure à un empoisonnement arsenical. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 27 avril 1902.)

L'aboulie chez les buveurs d'habitude. — Chez tous les buveurs d'habitude qu'il a observés, M. Bérillon (*Revue de l'hypnotisme*, juin 1902) a constaté l'existence d'un état d'*aboulie* très manifeste. Il est vrai que cette aboulie se montrait fréquemment d'une façon relative avant l'apparition des habitudes d'intempérance, mais toujours sous l'influence d'un choc moral, d'un événement ayant mis en jeu l'émotion d'une façon anormale, cette aboulie s'est aggravée et accentuée et c'est de ce jour que l'individu est devenu un buveur d'habitude. Aussi le traitement rationnel doit-il consister dans la rééducation de la volonté réalisée avec l'aide de la méthode hypno-suggestive.

FORMULAIRE

L'oxycamphre dans la dyspnée. — M. Ehrlich, attaché au service du prof. Pal, de l'hôpital général de Vienne, a constaté que l'oxycamphre jouit de propriétés sédatives très remarquables, principalement dans la dyspnée, aussi bien quand celle-ci est produite par une lésion cardiaque ou pulmonaire (emphysème, tuberculose) que quand elle est d'origine nerveuse. Il semble donc posséder une action élective sur le centre respiratoire et mérite, à ce titre, le nom d'antidyspnéique.

On l'administre, soit à la dose de 4 grammes par jour, sous forme de cachets (4 à 6 cachets par jour), soit sous forme de potion :

Solution alcool. d'oxycamphre à 50 p. 100.	2 gr.
Esprit-de-vin.....................	5 »
Sirop de framboise....................	20 »
Eau distillée q. s. pour faire...........	180 »

A prendre dans la journée par cuillerées à soupe.

(*Rev. Int.*)

Injection contre la leucorrhée (LUTAUD).

R. Chlorate de potasse..................	50 gr.
Teinture d'opium....................	50 »
Eau de goudron......................	1 litre

Dose : un demi-verre dans un litre d'eau pour injections matin et soir.

Le Gérant : O. DOIN

IMP. F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE. — PARIS-6e





BULLETIN

L'appendicite et la mode. — L'engraissement par les injections hypodermiques d'huile d'olive. — Par le gros bout de la lorgnette. — Les secrets du cœur. — Effets variables du venin de vipère chez le chien et le lapin. — L'assurance sur décès d'enfants.— Dommages et intérêts.

On prétend que, depuis l'opération d'appendicite subie par Edouard VII, cette maladie est revenue à la mode en Angleterre, tout comme en France la fistule de Louis XIV fit considérer comme étant de très grand genre d'avoir cette infirmité. Cela touche à la vésanie. Il n'empêche que la fréquence de l'appendicite a considérablement augmenté dans ces derniers temps en Angleterre et qu'on s'attend à la même recrudescence en Amérique, parmi les anglomanes de New-Port et de New-York.



Deux médecins de Turin, MM. Fornaca et Micheli, recommandent aux personnes trop maigres et qui désirent acquérir un certain embonpoint de s'injecter sous la peau, avec une seringue hypodermique d'un modèle spécial, de l'huile d'olive, dont la valeur alimentaire est d'ailleurs connue depuis longtemps. Suivant le cas, les injections varieront de 50 à 200 grammes. En général, très bien supportées, elles ne produisent à l'endroit de la piqûre aucune réaction inflammatoire. L'huile introduite dans l'organisme par ce moyen s'absorbe bien plus facilement que

lorsqu'elle est injectée normalement par l'estomac, et chez les personnes d'âge et de tempérament différents ainsi traitées MM. Fornaca et Micheli auraient constaté non seulement une augmentation très sensible du poids, mais encore une amélioration de l'état général.

°°°

Couvre-toi la face, Brillat-Savarin! Au XXIe siècle, affirme le *Mois littéraire et pittoresque*, la sensualité aura disparu de la surface de la terre! On se nourrira de pilules!!

Un œuf concentré n'aura plus que la dimension d'une pastille. Le lard se comprimera en petits tubes le potage en paquets microscopiques, une tasse de chocolat ne dépassera pas le volume d'une tête d'épingle. La chair entière d'un bœuf de 300 kilogrammes ne pèsera plus que 15 livres. Une pharmacie complète aura les dimensions d'une breloque de montre. Les provisions nécessaires à un explorateur tiendront dans une malle. On avalera son diner aussi facilement qu'un cachet d'antipyrine, n'ayant enlevé aux aliments que l'eau inutile qu'ils contiennent.

Reste à savoir si l'estomac acceptera facilement l'ingestion de tous ces produits concentrés. Et puis le XXIe siècle est tout de même encore si loin que la marge reste toute grande ouverte aux pronostics!

°°°

Le cœur est un réactif délicat, et la moindre émotion, rappelle M. Bérillon dans une communication récente faite à la *Société de médecine et de chirurgie pratiques* sur « l'influence de l'hypnotisation et de la suggestion sur la circulation de sujets hystériques », se traduit chez la plupart des individus non seulement par des modifications dans son fonctionnement, mais aussi par des sensations circulatoires. L'influence des émotions sur le pouls, dit-il, fut connue dès la plus haute antiquité. C'est ainsi que Trasistrate reconnut par l'accélération survenue subite-

ment dans le pouls d'Antiochus, fils de Séleucus Nicator, roi de Syrie, l'amour qu'il éprouvait pour sa belle-mère Stratonice. Dans des conditions analogues, Hippocrate, en constatant les modifications survenues dans l'amplitude du pouls de Perdiccas II, roi de Macédoine, à l'entrée de Phila, devina l'amour qu'elle avait inspiré à son client. Voilà bien les secrets du cœur !

°°°

Le venin de vipère produit des effets inverses sur la coagulabilité du sang suivant qu'il est inoculé au chien ou au lapin et M. Phisalix a récemment démontré qu'elle tient à une variation physiologique de l'espèce. Chez le lapin les globules rouges sont plus résistants que les globules blancs, et le sérum contient en excès une antihémolysine très active. Les globules rouges du chien sont moins résistants que les globules blancs et plus fragiles que ceux du lapin. Dans le sérum du chien prédomine une sensibilisatrice qui favorise l'hémolyse. Enfin c'est à l'action oxydante de l'échidnase qu'est due la transformation de l'hémoglobine et la mise en liberté des substances anticoagulantes.

°°°

Dans une récente séance de l'*Académie de médecine*, M. Budin a signalé que le taux élevé de la mortalité infantile dans le département du Nord pourrait bien être attribué à l'existence d'assurances sur-décès d'enfants. En effet des Compagnies belges ont envahi la région, qui, moyennant une faible rétribution hebdomadaire, versent 20 francs lorsque les enfants meurent au-dessous d'un an ; 25 francs lorsqu'ils succombent à deux ans, le taux alloué s'élevant à mesure qu'ils prennent de l'âge. Il est même des Compagnies qui, ayant assuré le père et la mère, versent au décès de chacun des enfants une prime aux parents sans qu'ils soient obligés pour cela de payer aucune somme supplémentaire.

On comprend que dans ces cas les parents ne soient guère encouragés à soigner leurs enfants.

Il y a plus, des personnes autres que les parents peuvent assurer un enfant. Certaines nourrices ne s'en font pas faute, et telle qui avait successivement assuré sept nourrissons les perdit tous ! M. Dupureux (de Gand) a constaté en treize mois la mort de 141 enfants inscrits sur les rôles des Compagnies !! Sur de tels faits l'Académie de médecine vient d'appeler l'attention des pouvoirs publics.



Dans la libre Amérique, on accorde des dommages et intérêts quand une dépêche télégraphique ne parvient pas ou même lorsqu'elle est remise en retard. C'est ainsi que la Cour d'appel de l'État Nebraska a confirmé un jugement de première instance d'après lequel la Société télégraphique *Western Union Telegraph Company* a dû payer 960 dollars (4.800 francs) de dommages et intérêts à un sieur Church, pour n'avoir fait parvenir une dépêche télégraphique à un médecin *que trois heures après sa remise au bureau.* Cette dépêche mandait auprès d'une femme en couches un médecin accoucheur. Lorsque celui-ci arriva auprès de sa cliente, l'enfant, qui se présentait par le siège, était mort-né.

Ne pas oublier qu'en France l'administration des télégraphes est aux mains de l'État et que sur tous les petits bleus on peut lire ce qui suit : « L'État n'est soumis à aucune responsabilité à raison du service de la correspondance privée par la voie télégraphique. Aucune indemnité n'est donc allouée pour perte, retard ou altération de télégrammes... Mais dans certains cas les taxes perçues sont remboursées en totalité ou en partie. » Cela veut clairement dire que votre télégramme peut ne pas arriver ou arriver en retard et que vous n'en devrez pas moins vous tenir satisfait.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Le traitement des déformations du nez par les injections sous-cutanées de paraffine,

par le Dr CH. AMAT,
Médecin-major de 1re classe.

I

Il y a trois ans environ, un chirurgien viennois Gersuny, se basant sur ce que la vaseline incluse dans les mailles d'un tissu dilatable semblait demeurer indéfiniment en place sans s'altérer et sans produire d'irritation, montra qu'on pouvait par des injections interstitielles ou sous-cutanées de ce produit, corriger certaines difformités congénitales ou acquises. Ce moyen prothétique qui avait déjà fourni des preuves entre ses mains dans un cas de double castration en permettant de reconstituer dans le sac scrotal deux masses arrondies, dures et donnant l'illusion de deux testicules, fut ultérieurement utilisé pour relever des cicatrices déprimées, pour refaçonner des nez aplatis ou effondrés, pour corriger l'affaissement des joues après l'ablation du maxillaire, pour obtenir la réunion immédiate des solutions de continuité de la peau situées au-dessus des plaies cavitaires à parois rigides, pour mettre obstacle à la formation d'ankyloses articulaires à la suite d'opérations, pour refaire des sphincters détruits par un traumatisme ou un processus pathologique, pour obturer les orifices de hernies réductibles, pour créer de bons moignons parfaitement

aptes à supporter des yeux artificiels. On tira encore parti de cette méthode dans l'incontinence d'urine à la suite de plaies de l'urèthre, de cystite chronique; pour remédier au prolapsus de la paroi antérieure du vagin, pour boucher l'ouverture rétro-auriculaire consécutive à l'opération radicale de l'otite suppurée, pour pallier à des difformités déterminées par la périchondrite du pavillon de l'oreille, pour diminuer la largeur des fosses nasales en vue de la cure de l'ozène.

La vaseline blanche dont se servait Gersuny, d'une consistance comparable à celle de l'axonge, était une dissolution d'une partie de paraffine solide dans quatre parties d'hydrocarbures liquides, avec point de fusion situé entre 36 et 40°. Stérilisée par ébullition au bain-marie et aspirée ensuite par une seringue de Pravaz, elle n'était injectée qu'après refroidissement suffisant pour que la vaseline sortît en fil fin. Déposée en cet état dans les tissus, elle restait en place à la condition qu'on exerçât une pression autour de la région ou du moins qu'on s'abstînt pendant l'opération de tout mouvement musculaire.

Que devenait réellement le produit injecté? N'éprouvait-il aucun changement comme le croyait Gersuny ou, au contraire, était-il résorbé peu à peu comme le pensait Stein et remplacé par du tissu conjonctif bien défini, assurant le résultat plastique cherché? L'opinion d'Eckstein est, et en cela il se rapproche de Stein, que la vaseline disparaît insensiblement et qu'à sa place on trouve une trame de tissu conjonctif englobant la paraffine durcie qui est restée intacte. D'où cette conclusion qu'il faut abandonner la vaseline pour ce dernier produit, à moins qu'on n'ait avantage, comme l'a récemment fait Gersuny lui-même à escompter ce pouvoir de résorption. Le chirurgien de Vienne estime qu'il est des

cas où l'on doit chercher la disparition partielle et ultérieure du produit injecté lorsqu'on veut, par exemple, soit relever des cicatrices déprimées au niveau du cou, soit maintenir des lambeaux cutanés, transplantés suivant le procédé de Thiersch et effacer la différence de niveau entre les greffes et le reste de la région. Aussi pense-t-il que si la vaseline suffit pour obtenir une prothèse dure, on peut réaliser une prothèse molle, en utilisant un mélange d'une partie de vaseline avec quatre parties d'huile d'olives, composé qui aurait le double avantage d'être semi-fluide à la température ordinaire et de jouir d'une grande diffusibilité.

Mais cette prothèse molle, comme la comprend Gersuny, présente des indications des plus restreintes, et loin de la rechercher on l'évite plutôt, et cela justement en abandonnant la vaseline en raison de la trop grande malléabilité et de la trop grande flaccidité consécutive du point traité. En ces trois dernières années, Delangre a constaté, en effet, à la suite de nombreux traitements prothétiques à la vaseline institués, que les injections de ce produit, après avoir donné des résultats excellents tout d'abord, avaient, au bout de quelques mois, besoin d'être complétés par une intervention nouvelle, dans le but de remédier à l'affaissement ultérieur de la partie redressée. Pour lui, il est donc certain que la vaseline se résorbe partiellement, preuve obtenue du reste à l'autopsie d'une femme décédée à la suite d'une pneumonie franche, et qui avait été injectée l'année précédente à la région mammaire, au lieu et place d'un fibrome douloureux extirpé : la dissection permit de constater l'infiltration de cette substance avec couches conjonctives dans un certain périmètre du foyer de l'injection. Delangre ayant reconnu que dans le mélange de Gersuny, la vaseline disparaissait alors que seule persistait la paraffine solide, donne la pré-

férence à la paraffine fusible à 55°, parce que, dit-il, dans une communication récente faite sur ce sujet au *Congrès français de Chirurgie*, « elle répond aux données du problème qui consiste à inclure dans les tissus une substance solide, indifférente, susceptible de se liquéfier par la chaleur, substance dont le point de fusion soit supérieur à la température maxima capable d'être atteinte par le corps humain, et en même temps la plus élevée possible, sans nuire aux éléments histologiques ». Et de fait, avec elle, il ne constatait, après trois mois de séjour intra-organique, ni rétraction, ni tassement appréciable, ce dont on pouvait s'assurer par l'examen du moulage en plâtre pris dans les quarante-huit heures de l'intervention et trois mois plus tard.

II

A l'heure actuelle, on délaisse la vaseline blanche employée par Gersuny, dont on trouve le point de fusion trop bas et Eckstein, Broeckaert, Delangre, Baratoux et nombre d'autres utilisent une paraffine ne fondant qu'au-dessus de 50°, qui, injectée à l'état liquide, peut se solidifier rapidement et qu'on a le temps de façonner pendant son refroidissement sous la peau. La paraffine dont se sert M. Baratoux, homogène, de consistance solide, onctueuse, et de nature cristalline, fusible entre 50 et 60°, convient parfaitement au traitement des malformations nasales ; il emploie une paraffine dont le point de fusion est de 57°5 pour le nez externe, et de 52°5 pour les fosses nasales.

Il faut, avant tout, stériliser la préparation en la chauffant jusqu'à son point d'ébullition ou mieux en la maintenant une demi-heure dans une autoclave sous une pression de deux atmosphères, soit à une température de 134°.



M. Baratoux fait usage d'une seringue stérilisable de 3 à 5 grammes dont le piston est en amiante ou en verre, à frottement assez dur, et l'aiguille courte, assez forte, est montée à vis sur le corps de pompe. Il recommande de procéder à un essai préalable avec la paraffine pour voir si la seringue ne perd pas et s'assurer de la pression qu'il est nécessaire d'exercer sur le piston pour que le liquide sorte assez rapidement de façon à ne pas, par un trop brusque refroidissement, obstruer la canule : une aiguille d'un centimètre, d'un calibre de 2/3 de millimètre, paraît remplir les conditions requises pour la prothèse nasale.

En général, les seringues dont les rhinologistes préconisent l'emploi sont à piston court et gros avec aiguilles assez grosses; celle de Karewski à courant d'eau chaude est aussi très recommandée. Elle se compose d'un cylindre creux formant piston, glissant à frottement doux, mais d'une façon hermétique dans un cylindre à double paroi constituant le corps de l'instrument. Un courant d'eau chaude circule dans la cavité du piston et entre les parois du cylindre extérieur, dont le débit peut être réglé. Une gaine de caoutchouc protège les mains de l'opérateur contre la température élevée. Avec une telle seringue on peut faire usage d'aiguilles fines qu'il est toutefois prudent de remplir d'eau avant le début de l'injection pour éviter que la paraffine ne s'y fige.

Avant l'intervention, M. Baratoux place dans une petite étuve contenant de l'eau chaude la seringue ainsi que les aiguilles dont il doit se servir et le flacon de paraffine déjà stérilisé dans lequel il introduit un thermomètre préalablement flambé dont on se sert pour remuer le liquide. Dès que la température tombe à 65°, il convient de remplir la seringue sur laquelle on visse rapidement l'aiguille que

l'on passe deux ou trois fois sur la flamme d'une lampe à alcool avant de procéder à l'injection. M. Baratoux a constaté par des essais répétés que la température du liquide descendait à ce moment entre 62 et 60°. Le nettoyage de la région ayant été fait comme s'il s'agissait d'une opération sur la peau, on enfonce sans anesthésie préalable, l'aiguille dans le tissu sous-cutané du nez, un peu en dehors de la ligne médiane, de préférence du côté où la dépression est le plus accusée, pendant qu'un aide délimite exactement la région sur laquelle on opère, au moyen des doigts, afin d'éviter la diffusion du liquide dans les tissus voisins. Il importe d'exercer des pressions légères pour modeler le nez, pressions qui seront plus accentuées après avoir retiré l'aiguille, afin de donner à l'organe la forme qu'on lui désire.

Pratiquée dans ces conditions, l'injection sous-cutanée de paraffine ne donne lieu à aucun accident. On ne saurait considérer comme tel l'œdème qui survient assez souvent par suite de la compression exercée sur les vaisseaux et que des compresses trempées dans l'eau froide ne tardent pas à faire disparaître, ni la large brûlure suivie d'une petite eschare sèche qui obstrue parfois le trou fait par l'aiguille, jusqu'à formation de la cicatrice.

Il est bon d'ajouter que la question de la toxicité de la paraffine ne saurait être mise en cause, car, ainsi que l'a démontré Stein, on peut injecter sans inconvénient à une souris pesant 15 grammes, 5 grammes de paraffine, c'est-à-dire le tiers du poids de l'animal.

Malgré l'accueil plutôt froid que le corps médical a fait à la méthode des injections interstitielles de vaseline, à cause sans doute des accidents emboliques observés dans les débuts par Pfannenstiel, Halban et Leiser, accidents que

l'emploi d'une paraffine pure, à point de fusion relativement élevé et ne se diffusant pas, a l'avantage de rendre à peu près impossibles, celle-ci n'en constitue pas moins une des plus élégantes acquisitions de la chirurgie moderne. Au lieu de procéder à des restaurations minutieuses auto ou hétéroplastiques qui, il faut bien le dire, ne satisfont pas toujours l'esthétique, un opérateur soigneux parviendra à l'aide de quelques centimètres cubes de paraffine introduits sous la peau à faire disparaître, comme par enchantement les malformations de la figure humaine.

Au point de vue de la prothèse nasale, c'est un procédé de choix à l'abri de toute critique, et les protographies ci-contre empruntées au *Progrès médical* (17 mai 1902) et aux *Annales de la Société de médecine de Gand* et dues les quatre premières à M. Baratoux et les deux secondes à M. Broeckaert rendent évident le bénéfice que les injections sous-cutanées de paraffine procurent.

Chacun sait que le nez joue un rôle important dans la caractéristique physique de l'individu et que nombreux sont ceux qui au prix des grands sacrifices voudraient bien voir modifier les malformations dont ils sont atteints. Les difformités du nez ont des effets désastreux et pour ne parler que des jeunes filles, on n'est plus à compter les mariages manqués de ce chef. Il est à désirer que le procédé par les injections de paraffine dont on connaît l'efficacité et l'innocuité se généralise, pour réparer, dans la mesure du possible, ces erreurs de la nature.

CHRONIQUE

L'HAGIOTHÉRAPIE

Les saints médecins

par le Docteur CABANÈS

(*Suite et Fin*).

Nous avons parlé avec quelques détails de saint Côme et de saint Damien, généralement considérés comme les patrons de notre corporation; nous serons plus sobre sur les autres béatifiés (1), dont s'honore l'art de guérir.

Un d'entre eux, pourtant, mérite plus qu'une brève mention : c'est l'apôtre saint Luc, l'Évangéliste, le disciple du grand docteur des Gentils, le « compagnon », le « coopérateur » de saint Paul, qu'il égala presque en renommée. Mais nous n'avons ici qu'à nous occuper du médecin et non du catéchisant.

Saint Paul, en l'appelant, dans son épître aux Colossiens, *Luc médecin*, semble indiquer que la médecine était l'habituelle occupation de ce dernier. La tradition veut, en effet, qu'après avoir fréquenté les écoles, alors célèbres, d'Au-

(1) Sur *les médecins béatifiés*, on peut consulter un article, d'une rédaction par trop sommaire, paru dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et chirurgie*, 18 octobre 1872. Nous ne l'avons pas mis à profit.

tioche, Luc ait voyagé en Grèce et en Égypte, pour se perfectionner dans la science et plus spécialement dans la médecine. L'Évangéliste ne dut pas manquer, au cours de sa mission apostolique, de prodiguer les secours de son art à ceux qui les réclamaient. Il serait même, dit-on, entré en relations avec saint Paul, à l'occasion d'une maladie qui menaçait d'entraver, presque dès le début, l'apostolat du grand apôtre.

Une particularité digne de remarque, c'est que, dans le récit des miracles du Christ, alors que les autres évangélistes se servent d'expressions vulgaires pour désigner les diverses maladies, saint Luc emploie des termes techniques, qu'on retrouve dans Galien et qui étaient sans doute déjà en usage parmi les médecins grecs (1).

Le patronage de saint Luc fut adopté par les médecins au moyen âge, à l'époque où les chirurgiens choisirent de leur côté saint Côme. L'École de médecine, fondée rue de la Bûcherie, vers la fin du XVe siècle, fixa la fête patronale de la corporation au jour de la Saint-Luc, et les bacheliers en médecine durent placer désormais leur thèse sous l'invocation du Dieu tout-puissant, de la sainte Vierge et du saint Évangéliste, qu'un pieux doyen, Guillaume du Val, appelait, dans une prière composée en l'honneur des saints médecins, le *medicorum christianorum princeps et patronus* (2).

A Bordeaux, les médecins étaient tenus de payer une redevance, afin que la fête de saint Luc (3), sous les heu-

---

(1) Dom Fournier.

(2) Cf. *Saint Luc médecin et théologien*, par le chanoine Didiot.

(3) La fête de saint Luc est célébrée dans l'Église le 18 octobre. Ce jour-là on n'honore pas seulement le patron des médecins chrétiens, mais encore le patron des peintres : saint Luc était, en effet, aussi habile à manier la palette que le scalpel.

reux auspices duquel était placé leur collège, fût célébrée avec plus de magnificence.

A Amiens, « le jour de la fête de M. Sainct-Luc », se célébrait une messe à haute voix, au couvent des religieux de Saint-Martin, « la chapelle estant ornée des paremens selon le jour et de chapeaux de fleurs à toutes les images (1) ». Les médecins et apothicaires y assistaient en corps et priaient le saint de hâter la guérison de leur malades et de conserver leur propre santé.

La plupart des écoles de médecine avaient alors saint Luc pour patron, et actuellement encore, il serait, nous dit-on, solennellement fêté par les facultés de Beyrouth et de Montréal (2).

« Pour peu que l'on étudie les actes de nos premières écoles, écrit le Dr Dauchez (3), on reste frappé de l'association presque constante du culte de saint Luc et de la très sainte Vierge... Dès le XIIIe siècle, on vit figurer, sur le sceau de la célèbre Université de Paris, la Vierge assise avec l'enfant Jésus, accostée d'un croissant et d'une étoile, assistée de deux docteurs, assis sur des chaises, de profil, se faisant vis-à-vis et lisant dans des livres. »

L'image de Marie se retrouve sur les sceaux de diverses Facultés de médecine, et dans beaucoup d'Écoles et de Facultés, les thèses étaient dédiées *Deo Optimo Maximo*, VIRGINI DEIPARÆ, et *Sancto Lucæ, orthodoxorum medicorum patrono*.

Mais ce n'est pas seulement sur les chartes universitaires que l'on peut trouver des traces de cette dévotion à la Vierge. Sous le décanat de G. du Val, tous les samedis,

---

(1) *Recueil des documents inédits de l'hitoire du Tiers-État*. Région du Nord, t. II, par AUGUSTIN THIERRY.

(2) DAUCHEZ. *Notice historique sur la confrérie de Saint-Côme.*

(3) *Saint Luc, patron des anciennes Facultés de médecine.*

jour qui est, on le sait, plus spécialement consacré à Marie dans la liturgie catholique, une messe était chantée dans la chapelle de la Faculté, et, après la messe, avait lieu la récitation des Litanies de la mère du Christ, et l'invocation des saints et saintes qui, de leur vivant, avaient pratiqué la médecine. Cette messe était suivie de la visite des malades dénués de ressources. Il paraît (1) que la Faculté de médecine de Louvain célèbre encore de nos jours sa fête patronale, le jour de la Purification de la Vierge.

Est-il besoin de preuves plus abondantes pour inscrire la Vierge sur le calendrier des saints médecins? Nous n'apprécions pas, nous enregistrons, notre rôle de narrateur et d'historien ne devant pas aller au delà.

Compter des apôtres, des évangélistes, et jusqu'à la mère de Dieu au nombre de ses parrains, en voilà plus qu'il n'en faut assurément pour attester l'antique noblesse de notre profession. Nous pouvons cependant nous réclamer encore d'un archange — c'est-à-dire un de ces sept anges messagers, qui sont debout sur le trône divin, prêts à accomplir les ordres du Très-Haut, et d'une kyrielle de saints de moindre importance.

L'archange se nomme *Raphaël*, qui signifie précisément, en hébreu, *guérison*, *médecine de Dieu*.

C'est lui, annoncent les livres sacrés, qui conseilla à Tobie de frotter les yeux de son père avec du fiel de l'énorme poisson qui avait failli le dévorer. Après une pareille cure, on ne saurait s'étonner de voir l'archange Raphaël invoqué par les médecins. « Lorsque vous serez appelés, ô médecins, lit-on dans un poème médical du XIII[e] siècle, auprès d'un de vos malades, demandez le

(1) DAUCHEZ, *op. cit.*

secours à Celui qui gouverne tout, afin que l'*ange du Seigneur qui accompagna Tobie* dirige vos intentions, vos actions et vos pas dans une paix salutaire (1). »

L'iconographie chrétienne représente, d'ailleurs, Raphaël tenant d'une main le jeune Tobie, et de l'autre, un bocal de pharmacie : ne sont-ce pas des armes parlantes?...

Ceux dont il nous reste à parler et que l'Église honore d'un culte public, ou qui sont mentionnés comme saints ou bienheureux dans des recueils hagiographiques sont, nous devons le reconnaître, plus recommandables par leur sainteté que par leur science; nous en citerons quelques-uns seulement, et nous ne rappellerons que quelques traits de leur carrière peu accidentée (2).

Un médecin de Montpellier, Michel Baldit (3), après bien des recherches, a trouvé jusqu'à cinquante de ses confrères mis au nombre des saints; le Révérend Dom Alphonse-Marie Fournier, moine bénédictin de Solesmes et *docteur en médecine*, n'en compte pas moins d'une soixantaine; il inscrit, il est vrai, sur sa liste, des femmes-médecins qui ont eu les honneurs de la canonisation : cette marque de galanterie posthume lui conciliera bien des sympathies.

Cela nous démontre — mais des publications récentes nous l'avaient appris déjà — que les *doctoresses* ne datent pas d'hier; nos consœurs seront certainement heureuses d'ajouter à leur couronne ce nouveau fleuron. Elles pourront rappeler avec orgueil que *sainte Léonilla*, qui vivait en Cappa-

(1) *Histoire littéraire de la France*, par les Bénédictins, t. XXII.
(2) Pour plus de détails, voir, outre l'opuscule de Dom Fournier, précité, un petit livre paru à Lille, chez L. Lefort, imprimeur-libraire, en 1858, sous le titre de : *Les médecins les plus célèbres; et le Médecin chrétien*, par Mgr Scotti, p. 277 et suivantes.
(3) *Speculum sacro-medicum*. Lyon, 1670.

doce, sous l'empereur Marc-Aurèle, jouissait d'une réputation sans rivale pour ses connaissances en médecine ; de même *sainte Nicérate*, qui réussit à guérir saint Jean Chrysostome d'une maladie d'estomac, on ne nous dit malheureusement pas à l'aide de quels remèdes. *Sainte Sophie*, « qui périt par le glaive », est également qualifiée de médecin. *Sainte Zénaïde*, parente de saint Paul, aurait exercé la médecine à Tarse où elle vivait, mais elle y aurait renoncé après sa conversion.

Enfin nous ne ferons pas l'injure à ceux qui nous lisent de supposer qu'ils ne connaissent pas au moins de nom la fameuse abbesse du mont Saint-Rupert, *sainte Hildegarde*, dont l'influence fut si grande sur son siècle.

Sainte Hildegarde, selon l'expression même d'un de ses biographes (1), « l'emporte sur toutes les moniales qui, au moyen âge, ont exercé la médecine ou écrit sur cette science ». Elle a abordé toutes les branches de la médecine ; elle a traité tout à la fois de physique et de botanique médicales, de minéralogie et de zoologie, d'hygiène et de thérapeutique. Elle ne se bornait pas à la théorie ; elle a encore composé nombre de remèdes pour les malades auxquels elle prodiguait ses soins.

Étaient aussi des praticiens : *saint Cyr*, qui exerçait à Alexandrie, au temps de Dioclétien, et qu'on représente parfois tenant dans les mains une petite touffe d'herbes médicinales; *saint Blaise*, qu'on a coutume d'invoquer, dans le peuple de nos campagnes, contre la toux, la coqueluche et les maux de dents, et surtout contre les corps étrangers des voies respiratoires, en souvenir de la guérison d'un

---

(1) V. Migne, *Patrol. lat.*, t. CLXXXXVII, col. 1122, et l'*Histoire des Femmes-médecins*, de Mme Lipinska.

enfant qui avait avalé une arête et avait failli mourir d'asphyxie.

Saint Césaire jouissait d'un tel renom comme médecin, que, passant par Constantinople, l'empereur Constance lui fit proposer, avec les fonctions de médecin de la Cour, le titre de sénateur et une riche alliance. Il refusa ces offres superbes et devint plus tard le médecin de Julien l'Apostat, qui l'excepta, comme en un autre temps Charles IX agit à l'égard d'Ambroise Paré, des mesures de persécution contre les chrétiens.

Saint Isidore, évêque de Séville, dans son grand ouvrage *De etymologiis*, sorte d'encyclopédie scientifique du VII[e] siècle, a consacré tout un livre de son recueil, le quatrième, à la médecine. Un chapitre y est réservé aux maladies de la peau, un autre à la description anatomique de l'homme; l'ouvrage se termine par une curieuse étude sur les monstres.

Le savant évêque de Chartres, *saint Fulbert*, mériterait, à lui seul, une monographie (1).

Saint Basile le Grand, un des docteurs de l'Église, avait également des connaissances étendues sur notre art.

Raymond Lulle, le bienheureux Raymond, surnommé le *Docteur illuminé*, a écrit de nombreux ouvrages, dont plusieurs se rapportent à la médecine. *Saint Eusèbe*, fils de médecin, exerça, paraît-il, la profession paternelle. Le bienheureux *Albert le Grand*, évêque de Ratisbonne, est trop connu (2) pour que nous nous y arrêtions.

Parmi les nouveaux saints, promus aux honneurs du

---

(1) Cf. MABILLON, *Annales O. S. B.*, t. IV, p. 73; *Hist. litt. de la France*, par les Bénédictins, t. VII, etc.

(2) V. SIGHART, *Albert le Grand, sa vie et sa science*, trad. par le R. P. MULLER; OSC. HAVARD, *Le moyen-âge et ses institutions*.

calendrier par le pape, se trouve un médecin, *saint Antoine-Maria Zacaria*, qui naquit à Crémone en 1503 et étudia la médecine à l'Université de Paris, où il recut le diplôme de docteur (1).

La longue énumération que nous venons de faire serait sans objet, si nous passions sous silence les vertus thérapeutiques attribués aux saints médecins.

Nous avons fait connaître quelques-unes de leurs guérisons miraculeuses; mais là ne se bornait pas leur pouvoir iatrique. Dans les temps où la foi comptait de nombreux adeptes, on les mettait à contribution même après leur mort. Quand les remèdes terrestres avaient épuisé leur action, force était bien de recourir aux remèdes surnaturels.

Parmi ces remèdes, qui n'ont pas trouvé place — et pour cause — dans nos formulaires, il en était de fort appréciés. La *poussière du tombeau* d'un saint, par exemple, passait, tout comme chez les païens la cendre de l'autel d'Esculape, pour guérir toutes les maladies. On grattait la pierre tombale, et on mettait cette poussière dans un mélange de vin et d'eau (2); il suffisait d'avaler cette potion pour voir la fin

(1) La religion musulmane reconnaît à quelques saints ou cheiks le pouvoir de guérir les malades. Le Dr Godard rapporte (*Égypte et Palestine*, p. 29) avoir visité, au Caire, les tombeaux des cheiks et des derviches tourneurs :

1° Saïd-Hassan-Sadaka, mort il y a six cent cinquante-sept ans. Tous les malades qui peuvent approcher son tombeau sont guéris.

2° Adam-Dada, mort il y a trois cents ans. Si un pauvre vient au tombeau et s'il fait une prière, il n'a qu'à mettre sa main dans sa poche et il y trouve de l'argent.

3° Abdul-Gelil-Effendi, mort il y a trois cent soixante ans. Sous le tombeau il y a une pierre qu'on ne voit pas, mais qui se transforme alternativement en diamant et en pierre précieuse.

(2) *De virtutibus sancti Martini*, liv. II, ch. LI, cité par Alb. Marignan, *La médecine dans l'Église.*

de son mal. Comme, dans les grandes basiliques, il était défendu de s'approcher du tombeau du saint, le prêtre délivrait la poudre sacrée à qui la sollicitait, soit pour lui-même, soit pour quelqu'un des siens : en ce cas, l'intermédiaire l'emportait dans une boîte ; la poudre se conservait, du reste, parfaitement. Elle avait surtout de l'efficacité contre la dysenterie.

On faisait prendre encore aux malades crédules, non pas la cire des cierges qui brûlaient autour du tombeau, mais la mèche brûlée ! Les malades qui ne pouvaient venir à la basilique se contentaient des cierges bénis. Avant de prendre la mèche en question, triturée dans un liquide approprié, le patient devait réciter une prière, pour se recommander au saint dont il implorait la grâce.

Un autre remède très employé était le mélange de vin et d'eau qui avait servi à laver l'autel. Grégoire de Tours nous apprend que les malades avaient l'habitude de faire couler de la bière et du vin sur la pierre du tombeau de saint Bénigne, dans les petites cavités où les pieds du saint furent fixés avec du plomb. Cette mixture passait pour guérir les maladies des yeux et les blessures.

Ceux qui avaient mal aux lèvres n'avaient qu'à toucher le voile du tombeau avec leur bouche pour être guéris ; ce voile avait également la propriété précieuse d'arrêter les hémorragies. On pouvait en emporter des fragments, pour appliquer sur la partie malade ; le voile qui recouvrait les offrandes servait de remède aux maladies mentales.

A qui avait mal à la langue, il suffisait de passer celle-ci entre les barreaux de la grille courant à l'entour du tombeau, pour voir son mal disparaître.

Les objets que le saint avait touchés servaient aussi de remèdes : son lit principalement, sur lequel on n'avait

qu'à s'étendre ; même en se plaçant dessous, on éprouvait du soulagement. Il était conservé dans le sanctuaire, recouvert d'un voile de soie, et éclairé par des lampes qui brûlaient sans discontinuer.

Le saint avait-il touché un arbre, possédait-il un petit bosquet autour de sa maison, les feuilles de ces arbres et de ces plantes étaient douées de vertus curatives. Un morceau de bois provenant de ces végétaux calmait instantanément les maux de dents les plus violents ; le bois des portes de l'église avait la même propriété.

Le saint avait-il été évêque, sa crosse avait des pouvoirs magiques : elle mettait en fuite les démons !

On pourrait croire que ces superstitions grossières n'ont trouvé de zélateurs qu'aux époques de barbarie. Il est certain que, dans les premiers temps de l'ère chrétienne, elles étaient fort répandues et l'Église elle-même qui les encourageait n'était pas loin de partager à cet égard les convictions du peuple (1). Ce qui paraîtra plus incroyable, c'est qu'elles aient pu trouver créance en un siècle qui se pique pourtant de lumières, à la fin du XIXe siècle.

En 1870, un opuscule anglais (2) relatait la guérison miraculeuse dont suit le récit :

Un père Jésuite avait recommandé à une dame italienne, affligée d'une tumeur et d'un cancer au sein, de s'adresser à *saint Jean Berckmans*, pieux novice Jésuite belge, qui mourut en 1621 et fut béatifié en 1865. Le jésuite procura à cette dame « trois petits paquets de poussière provenant du cercueil du saint, une petite croix faite avec du bois de la

(1) A. Marignan, *op. cit.*
(2) J.-B. Beste, *Nowadays at home and abroad*. Londres, 1870, vol. II, p. 44 ; *A new miracle at Rome, being on account of a miraculous cure*, etc. Londres (Washburne, 1870).

chambre qu'occupait le saint homme, ainsi qu'une partie de la ouate qui entourait sa vénérable tête ».

La malade fit immédiatement une neuvaine à saint Jean Berckmans; elle avala dans de l'eau la poussière provenant de son cercueil et enfin elle pressa la croix sur son sein avec tant de vigueur qu'elle s'évanouit; elle s'endormit ensuite et quand elle se réveilla, il ne restait plus trace de la maladie.

Quand son médecin, le Dr Panegrossi, eut constaté cette guérison incroyable et qu'il eut appris que la malade s'était adressée à saint Jean Berckmans, il se contenta d'incliner la tête, en disant : « Quand de tels médecins s'en mêlent, nous n'avons plus rien à faire (1). »

C'est à peu près le langage que, sur la fin de sa carrière, tiendra Charcot, dont l'article sur la *Foi qui guérit* causa naguère un émoi si profond.....

Dr CABANÈS.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

SÉANCE DU 11 MARS 1903

Présidence de M. DU CASTEL

Le procès-verbal de la dernière séance, lu et mis aux voix, est adopté.

Correspondance.

M. le Dr Zimnern pose sa candidature à l'une des places libres de membre titulaire dans la section de médecine.

(1) Edward B. TYLOR, *La civilisation primitive*, t. II.

M. NOGUERA, correspondant étranger, adresse un travail intitulé : *les Eucaïnes.*

M. POPOF, correspondant étranger, adresse un travail intitulé : *Insuffisance temporaire relative des valvules semi-lunaires de l'aorte.*

M. le professeur DEHIO adresse un travail intitulé : *Sur la fonction du cœur des vieillards.*

MORT DE M. LEBLANC

M. DU CASTEL, président. — J'ai, Messieurs, une triste nouvelle à vous annoncer, M. Leblanc, doyen de la section des vétérinaires, a succombé samedi dernier. Membre de la Société depuis 1875, M. Leblanc était l'un de ces hommes aimables qui rendent si agréable la fréquentation de la Société de thérapeutique. D'une grande instruction, d'une décision prompte et éclairée, il rendait à l'occasion des services considérables toutes les fois qu'une question épidémique se trouvait en jeu; aussi avait-il acquis une grande autorité dans tous les milieux qu'il fréquentait. C'est avec un profond chagrin que nous voyons disparaître ce collègue aimé de tous.

Le secrétaire général a représenté la Société aux obsèques de M. Leblanc et a prononcé sur sa tombe le discours suivant :

« Messieurs,

« Au nom de la Société de Thérapeutique de Paris, dont il faisait partie depuis 1875, je viens apporter un dernier, un amical hommage au collègue savant et à l'homme sympathique que fut M. Leblanc.

D'autres voix, beaucoup plus autorisées que la mienne, vous ont retracé la carrière scientifique de l'homme distingué dont la mort, à jamais regrettable, creuse un vide immense dans une foule de Comités savants. Ils vous ont montré le côté pratique du grand savoir de M. Leblanc, la sagacité de ses décisions, comment, dans une foule de ces occasions délicates où il s'agit de prendre des mesures graves pour les intérêt publics, sa

parole sûre et son rare bon sens ont plus d'une fois permis de trancher favorablement les questions les plus difficiles.

Ne voulant pas faire de redites, je laisserai de côté toute cette partie du rôle joué par notre collègue, mais je m'attacherai à mettre en relief la figure si originale et si sympathique du galant homme que nous venons d'avoir la grande douleur de voir disparaître.

C'est en 1884 que j'eus pour la première fois l'honneur de rencontrer M. Leblanc, lors de la petite épidémie du choléra qui, un moment, émotionna Paris. Au laboratoire de Dujardin-Beaumetz, à l'hôpital Cochin, se réunirent un matin quelques hommes réputés parmi les hygiénistes, et, parmi eux, se détachaient vivement trois figures, remarquables à la fois par la précision de leur langage et la netteté de leurs opinions, appuyées par l'autorité vraiment grande de leur prestance corporelle : ces trois hommes étaient Bouley, alors président de l'Académie, Weber et Leblanc. La discussion traînait, les avis étaient partagés, sur les mesures à prendre, quand, après Bouley, son collègue Leblanc prit la parole ; en quelques mots, la question fut mise sur son véritable terrain ; par des exemples topiques, empruntés aux épizooties, il montra comment on pouvait arriver à circonscrire rapidement une épidémie, et, ce jour-là, j'eus la vive sensation de me trouver en présence d'un homme, dans la plus noble acception du mot. C'est de ce jour, que je compris bien la grandeur du rôle que peuvent jouer les vétérinaires, dans nos réunions scientifiques de médecins, c'est de ce jour aussi que je commençai à apprécier à sa valeur la grande science pratique de Leblanc.

C'est de cette manière qu'il a su prendre, partout où il passa, une place importante et très personnelle. Tous, nous verrons longtemps devant nos yeux cette physionomie si originale, cette face maigre à l'expression un peu hautaine, animée par un regard d'une vivacité si intelligente, ce regard si jeune et qui prenait dans certaines occasions une intensité d'expression vraiment remarquable, indiquant cette droiture et cette franchise qui furent certainement les plus belles qualités de son caractère.

Et quand je me retrace cette physionomie si vivante, quand sa voix au timbre net et sympathique frappe encore mon oreille, je ne puis m'habituer à cette idée que tous ces précieux dons de la nature sont à tout jamais disparus!

Il y a quinze jours à peine, fidèle jusqu'au bout à ses amis, Leblanc assistait encore à notre dernière séance, où nous avons tous pu le voir pour la dernière fois; il se félicitait de ce que sa vigoureuse vieillesse lui permît encore de mener une vie aussi active qu'autrefois. Et voilà que samedi, tout d'un coup, par une rupture d'artère, cette puissante et riche nature est jetée à terre, et nous recevons l'affreuse nouvelle que jamais nous ne reverrons notre ami, que sa parole, que ses conseils si appréciés et si recherchés nous manqueront à tout jamais!

Hélas! quelque regrettable que soit, pour tous ses amis, cette fin inattendue, quelque cruelle que puisse être, pour sa famille, cette disparition foudroyante, nous ne devons pas la regretter pour celui qui portait si vaillamment sa verte vieillesse. Il vaut mieux pour lui disparaître d'un seul coup, en pleine jouissance de ses facultés vigoureuses, que d'avoir vu décliner ses forces et s'amoindrir son énergie.

Avec Leblanc disparaît l'avant-dernier représentant de cette pléiade si intéressante de vétérinaires hardis, au coup d'œil sûr, à l'expérimentation sagace et pleine de tact, si bien armée en données sur la pathologie générale, de cette pléiade de génie qui sut porter si haut l'art médical parmi les jeunes vétérinaires. C'est grâce à toutes ces grandes figures que la science a ses représentants aussi autorisés dans les écoles vétérinaires que dans les écoles de médecine humaine. Saluons donc avec respect et d'un hommage ému l'ami et le collègue qui disparaît, entraînant avec lui dans la tombe l'une des dernières réalités vivantes d'un grand passé.

Au nom de la Société de Thérapeutique de Paris, au nom de tous ses collègues, j'adresse un dernier souvenir à Leblanc, j'adresse à sa famille le respectueux hommage de nos regrets émus et profonds. »

A l'occasion du procès-verbal.

M. LEREDDE. — Je voudrais ajouter un mot à ce qu'a dit M. Bardet à l'avant-dernière séance; je me risquerai même à faire une proposition.

Toute découverte scientifique repose sur des faits. Pour que cette découverte soit reconnue telle, il faut que les faits soient établis. Or, j'ai cherché dans ma communication sur la méthode de comparaison en thérapeutique à montrer pourquoi les faits ne sont pas établis dans cette science. La thérapeutique reste un art, tout au plus une science individuelle, et dont les progrès sont extrêmement lents. Plus sceptique que M. Bardet, je ne crois pas à la divinité du Progrès; je crois qu'il existe dans la mesure où la volonté humaine intervient pour le déterminer. Et tout n'est pas progrès en thérapeutique! Si nous croyons que 100 malades, pris au hasard, sont mieux soignés aujourd'hui qu'il y a vingt ans, ne nous faisons-nous pas des illusions? Pourquoi verrions-nous reparaître des procédés connus par nos grands-pères et abandonnés par nos pères, si le progrès était nécessaire et régulier? N'en serait-il pas autrement si les premiers avaient démontré l'utilité des procédés par eux employés et si les seconds avaient découvert des procédés supérieurs et démontré leur supériorité! Les uns et les autres ont négligé de nous donner des éléments de démonstration, et le médecin qui soigne un malade peut souvent penser qu'ils ont eu tort. Cette démonstration, nous devons la réclamer quand il est possible de l'obtenir, et peut-être serait-ce là souvent chose possible.

S'il est une Société où le contrôle des faits devrait être recherché, exigé même, c'est bien la Société de Thérapeutique! Et je voudrais que tout auteur, en annonçant une médication nouvelle, réclame et puisse obtenir les moyens de contrôle nécessaires pour établir la valeur de son travail. Pourquoi ne pas nommer des rapporteurs ayant pour tâche de la démontrer, lorsque faire se peut? Ils devraient critiquer les faits, indiquer les causes d'erreur, comparer les résultats de l'auteur à ceux d'un autre. Et

plus ils seraient sévères et précis dans leur critique, dégagés de toute influence personnelle, plus ils pourraient rendre service à ceux qui ont réellement trouvé quelque chose d'utile.

Une objection m'a été présentée par un de nos collègues auquel j'exposais mes idées sur la nécessité d'employer la méthode de comparaison. « Ai-je le droit, me disait-il, si je découvre un procédé qui guérit une maladie peu curable, de ne pas traiter tous mes malades, et d'en laisser succomber certains, pour démontrer la valeur de ma découverte? » Un tel argument devait m'embarrasser; certes, il est impossible à celui qui croit pouvoir sauver quelques malades par une méthode nouvelle, rendre la vie à des condamnés à mort, de renoncer à le faire, de garder vis-à-vis des résultats la même impassibilité qu'un astronome ou un physicien cherchant une vérité scientifique. On ne peut dire à un médecin qui, après tout, est un homme : mieux vaut laisser quelques malades mourir sous vos yeux et établir la vérité d'une façon telle que d'autres malades, en beaucoup plus grand nombre, puissent en profiter presque immédiatement. Ces scrupules, la foi, explicable sinon légitime, que chacun a dans la rectitude de son observation exigent presque impérieusement l'intervention d'autres personnes, dont le rôle serait en présence d'affirmations d'en établir la vérité ou l'erreur, et d'agir pour permettre à une vérité d'être acceptée, à une erreur d'être reconnue.

Et, du reste, avons-nous souvent affaire à des découvertes thérapeutiques qui soulèvent avec une telle facilité des problèmes de vie ou de mort? Non, malheureusement. Qu'on nous apporte demain une méthode de traitement de la pneumonie, annonçant de meilleurs résultats que par les méthodes anciennes, personne ne sera gêné pour utiliser la méthode de comparaison et traiter une partie des malades par le procédé nouveau, l'autre partie par un autre plus ancien.

M. Bardet n'a peut-être pas vu assez nettement que la méthode de comparaison est précisément faite pour supprimer les hasards des séries. Bien entendu, il faut qu'elle soit appliquée à un nombre suffisant de malades; mais, si deux groupes de malades, choisis

au hasard, sont étudiés simultanément, le hasard n'intervient plus, *dans les cas au moins où la supériorité d'un procédé sur un autre est telle que les résultats puissent être réellement différents.*

Si quelque chose peut me démontrer combien le travail que nous faisons tous les jours est inutile, c'est bien le scepticisme de M. Bardet sur la question du traitement mercuriel, ou, pour être plus précis, sur celle des doses de mercure qui a été discutée ici même. C'est bien pour cela que je serais heureux de voir mes idées contrôlées par la méthode de comparaison, et qu'un membre de notre Société veuille bien traiter vingt syphilitiques atteints d'accidents cutanés, divisés au hasard en deux séries, les uns par une quantité de mercure A, les autres par une quantité $A+a$. Un travail de ce genre fait par moi-même n'entraînerait pas la même conviction qu'un travail fait par d'autres.

M Bardet déclare que la vérité est claire et lumineuse, qu'elle ne peut pas être contredite et qu'elle s'impose. Or, nous avons pu voir le contraire dans un procès récent! La vérité existe en dehors de nous : les microbes provoquaient des maladies bien avant Pasteur. Mais le rôle du savant est de rendre la vérité claire et lumineuse, et de l'imposer aux contradicteurs.

M. Linossier a beaucoup insisté sur la proposition que j'ai faite de diviser au hasard les malades en deux séries. Je n'attache pas d'importance à ce point. Je crois qu'un expérimentateur peut diviser les malades en tenant compte d'éléments d'ordre clinique. Il devra surtout s'attacher à ceux qui, dans chaque cas, permettent de porter un pronostic de manière à avoir dans chaque série le même nombre de cas bénins et graves. Mais un mathématicien dirait, je crois, qu'on peut arriver au même résultat, en divisant au hasard les malades, par exemple en prenant pour base l'initiale de leur nom, pourvu qu'on en prenne un nombre suffisant, et admettrait avec moi, contrairement à M. Linossier, que le hasard suffit à éliminer le rôle du hasard.

M. Linossier me paraît à tort sévère pour la méthode de statistique, seule susceptible d'apporter une conviction *collective*. Je crois qu'il confond la méthode avec la manière dont elle est

employée. Les chirurgiens s'en servent tous les jours. Si elle ne leur donne pas toujours les indications qu'elle devrait leur donner, c'est — j'ose le dire, parce que je ne vois pas d'autre explication — qu'ils ne l'emploient pas toujours bien. Si tel auteur a 10 p. 100 de mortalité dans l'hystérectomie vaginale, tel autre 20 p. 100, n'est-il pas nécessaire, avant de conclure que le premier emploie un meilleur procédé, de savoir si le second n'intervient pas dans des cas que le premier refuserait d'opérer ?

Ce qui fait pour moi la valeur de la méthode de comparaison, c'est qu'elle est une méthode individuelle. — Je m'explique. — Une statistique n'a aucune valeur en soi, elle ne prend de valeur que comparée à une autre statistique, recueillie *exactement dans les mêmes conditions.* Les statistiques globales concernant la mortalité par fièvre typhoïde ne peuvent être comparées entre elles, parce qu'elles sont l'addition de statistiques faites par des auteurs différents, dans des milieux différents, à des époques différentes. La statistique de M. Chantemesse ne peut leur être comparée. Mais, à mon avis, nous aurions la preuve scientifique de la valeur du sérum antityphique, si, sur 50, ou même sur 100 malades traités par un seul expérimentateur, ce sérum n'était employé que dans la moitié des cas, les autres étant soignés par une autre méthode, celle que l'expérimentateur emploie d'habitude et qu'il considère par suite comme la meilleure. Peu importerait, je pense, que les malades fussent répartis au hasard dans une série ou dans une autre, mais on pourrait aussi, comme le conseille M. Linossier, les diviser autrement, à condition toutefois de prendre une base *unique* de division, par exemple en recherchant la date du début de l'infection et en divisant les patients de manière que les malades ayant la même durée d'infection soient répartis des deux côtés.

Bien certainement, il est des maladies chroniques où il est difficile de porter un jugement sur l'efficacité d'un traitement quelconque, parce que leur durée est longue. Il faut bien alors se résigner à une observation prolongée. Je crois qu'en deux ans un observateur, qui a à sa disposition une cinquantaine de para-

lytiques généraux, viderait la question de la curabilité de la paralysie générale par le traitement mercuriel, en les divisant en deux séries; pour le tabès, dont la marche est plus lente, il faudrait peut-être trois ou quatre ans de travail. Mais ce travail fait et contrôlé, une question des plus graves serait résolue.

Je ne veux pas insister davantage sur ce sujet.

J'exprimerais ma pensée tout entière en répétant que nous sommes débordés par la quantité de travaux qui paraissent tous les jours, que la qualité devrait importer et non la quantité, et que nous devrions chercher pour nous-mêmes quelles sont les conditions nécessaires pour qu'un travail soit bien fait, établisse une vérité, si petite soit-elle, d'une manière définitive. J'avoue qu'aujourd'hui le cerveau humain me semble trop peu intelligent pour arriver en médecine à la vérité au milieu du nombre immense d'erreurs accumulées de toutes parts, et je crains que nous confondions l'agitation scientifique avec le progrès de la science.

Présentations.

I. — *Contribution à l'étude des moyens propres à empêcher les altérations de la teinture d'iode et à modérer son action,*

par A. CLARET (présentée par M. VOGT).

La teinture d'iode du Codex est encore un des révulsifs les plus employés, tant par les praticiens que par le public, auquel les pharmaciens la délivrent volontiers sans ordonnance. Ce médicament n'est pourtant pas inoffensif, surtout, lorsque s'altérant par une conservation prolongée, il est arrivé à contenir de notables proportions d'acide iodique. Son application produit alors une vive douleur; puis, dans les jours qui suivent, la peau, profondément atteinte, se desquame, s'excorie, porte ouverte à des

infections, dont une poussée furonculeuse fournit parfois la preuve tangible, comme j'ai eu occasion de l'observer.

On a proposé, pour empêcher les altérations du produit, d'employer à sa préparation l'alcool à 96°, produit moins répandu dans le commerce et d'un prix plus élevé que l'alcool à 90°.

Il m'a semblé que le problème de la conservation de la teinture d'iode serait résolu, si l'on pouvait y ajouter un corps, dont les propriétés soient telles que, sans affinité pour le métalloïde dissous, il s'empare de l'acide iodique au fur et à mesure de sa formation, pour donner naissance à des composés dont la présence ne modifie pas les propriétés du médicament.

Le borax ou tétraborate de soude m'a paru répondre le mieux théoriquement à ces desiderata; le métalloïde iode ne pouvant déplacer l'acide de la combinaison $B^4O^7Na^2$; en revanche, l'acide iodique, acide énergique, devant éliminer $B^4O^7H^2$ selon la formule :

$B^4O^7Na^2$ (tétraborate) $+ 2\,HI = 2\,NaI + B^4O^7H^2$ (ac. tétraborique).

L'expérience m'a paru confirmer sur ce point la théorie. Une teinture d'iode ancienne, donnant au tournesol une réaction fortement acide, a été essayée de nouveau après addition de borax, et n'a plus donné au tournesol bleu qu'une faible coloration vineuse, indiquant la présence de l'acide borique, conformément à la réaction ci-dessus. Enfin, malgré l'addition d'un excès de borax, sa teneur en iode, à en juger par sa coloration, n'a paru nullement modifiée.

Comme conclusion, je proposerai donc de formuler ainsi la teinture d'iode du Codex, pour en assurer la conservation :

Iode	1 gr.
Alcool à 90°	12 »
Borax officinal	2 »

Carles a proposé, pour atténuer les effets d'une application trop forte de teinture d'iode, d'employer le monosulfure de sodium. Un produit que l'on peut avoir partout sous la main, l'amidon, ou à défaut la farine, peut rendre le même service, si l'applica-

tion est récente, en faisant passer l'iode à l'état d'iodure d'amidon, inoffensif pour les téguments. Il suffit d'en faire une pâte avec de l'eau et l'appliquer *loco dolenti*.

II. — *Présentations d'appareils.*

M. Lafay, au nom de M. Henry, pharmacien à Bourges, présente un ajutage destiné à vider les ampoules dans toutes les seringues hypodermiques.

Cet appareil offre les avantages suivants :

Il est facilement stérilisable;

Il s'adapte sur toutes les seringues;

Il permet de vider n'importe quelle ampoule, en ne l'ouvrant qu'à une seule extrémité (donc pas de contact avec l'air);

Il est donc d'un prix très minime.

Communications.

I. — *Résultats de la rééducation dans le traitement des troubles du mouvement,*

par M. Faure.

(Résumé.)

L'Institut de rééducation motrice de La Malou a reçu, pendant la saison de 1902, 126 malades, dont 84 ataxiques. Les 42 autres malades peuvent être divisés en deux groupes. Le premier groupe est formé de malades atteints de tics, crampes, spasmes, chorée, astasie, abasie, contractures secondaires aux arthrites, atrophies, paralysies succédant aux contusions, aux fractures, aux immobilisations. Tous ces malades ont été très largement améliorés ou guéris. Le deuxième groupe est formé par les hémiplégiques, les paraplégiques, les paralytiques agitants. Ces malades sont peu améliorés par la thérapeutique mécanique, mais cependant celle-ci leur donne quelques avantages appré-

ciables par rapport à la pauvreté des autres moyens thérapeutiques à leur égard.

Parmi les 84 ataxiques, 6 ne présentaient pas d'indications bien nettes de la rééducation ou présentaient des contre-indications. Ils n'ont pas été traités, et on n'en tiendra pas compte dans les résultats. Reste : 78.

Dix-neuf n'ont pu accepter une thérapeutique suivie et méthodique soit par défaut de volonté ou d'intelligence, soit par manque de forces ou de temps. Reste : 59. Ainsi, en raison des difficultés et de la durée de ce traitement, il faut prévoir un déchet de 25 p. 100, parmi les malades qui viennent s'y soumettre.

Dix-neuf malades ont pu obtenir la disparition complète de leurs accidents et une amélioration de leur état général équivalant à la guérison. L'expérience montre que ces rémissions de l'ataxie sont durables, et qu'elles peuvent être définitives si le malade reste, à l'avenir, dans une ligne de conduite thérapeutique sage. Donc, 32 p. 100 de succès complet.

Quarante malades ont obtenu des améliorations variables, suivant l'intensité de leur maladie et la durée de leur traitement. Succès incomplet : 68 p. 100. Mais 33 d'entre eux n'avaient pu faire qu'un traitement insuffisant. L'amélioration est donc proportionnelle à la régularité du traitement, et la durée de celui-ci est proportionnelle à l'étendue et à l'intensité de l'ataxie.

Les ataxiques améliorés ou guéris avaient des troubles moteurs variés : troubles des mouvement des yeux, des mouvements respiratoires et digestifs, de la miction et de la défécation, etc. Principalement, ils avaient des troubles de la station debout et de la marche, parfois légers, parfois d'intensité très grande. Ainsi, 14 avaient complètement perdu la possibilité de se tenir debout et de faire un seul pas, et 15 ne pouvaient marcher qu'à grand'peine et avec un appui.

En aucun cas, il n'y a eu d'accident ou d'aggravation de la maladie. La durée maximum des traitements a été de quatre mois; la durée minimum, d'un mois. L'importance des résultats obtenus se mesure non seulement à l'amélioration, ou à la disparition

du trouble moteur, mais encore au changement de l'état général du sujet qui, sous l'influence de l'exercice et de l'amélioration morale qui accompagne naturellement l'amélioration physique, se remet à se nourrir, à respirer, augmente de poids, et retrouve peu à peu son état normal physique et moral.

Le pronostic de l'ataxie locomotrice, qui, du reste, est beaucoup moins pessimiste qu'autrefois, peut donc être considéré comme très amélioré dans 75 p. 100 des cas, par la thérapeutique rééducatrice. Mais celle-ci exige un traitement sérieux, une technique difficile et encore peu connue, et une longue surveillance. C'est ce qui explique les échecs, ou les résultats médiocres, que cette thérapeutique peut donner, quand elle est mal ou insuffisamment appliquée.

II. — *Modifications à deux formules classiques de préparations arsenicales,*

par M. Danlos.

Comme médecin de l'hôpital Saint-Louis, je me suis beaucoup occupé de l'emploi thérapeutique de l'arsenic. J'ai été le promoteur de la médication cacodylique qui, depuis, a fait dans les mains du professeur A. Gautier une si brillante fortune. Mais je n'emploie pas cependant les cacodylates d'une manière exclusive, et souvent aussi j'ai recours aux préparations anciennes. Parmi celles-ci, je considère les préparations d'acide arsénieux comme très supérieures à celles dont les arséniates sont la base. La liqueur de Fowler et les pilules asiatiques sont d'excellents médicaments. Il m'a semblé, toutefois, que les pilules asiatiques étaient mieux supportées à quantité égale d'arsenic que la liqueur de Fowler. XV gouttes de celle-ci, représentant 6 milligr. 8 d'acide arsénieux, sont une dose que l'on ne peut souvent pas dépasser ou même atteindre sans révolte de l'estomac ; tandis

que deux pilules asiatiques, soit 10 milligrammes, sont une dose quotidienne assez généralement tolérée. On peut objecter que sous forme pilulaire l'arsenic n'est peut-être pas absorbé, et que les vieilles pilules durcies par le temps traversent quelquefois sans se désagréger le tube digestif.

Pour éviter cet inconvénient, j'ai modifié la préparation des pilules asiatiques. La formule classique de celles-ci dans la pharmacopée française est la suivante :

Acide arsénieux............................	0 gr. 50
Poudre de poivre noir....................	5 »
Poudre de gomme arabique..............	1 »
Eau..	Q. s.

le tout pour 100 pilules.

Voici maintenant ma formule :

Acide arsénieux............................	0 gr. 50
Glycérine....................................	3 »
Poivre noir porphyrisé..................	5 »
Poudre de gentiane Q. s. pour donner la consistance pilulaire.	

La masse est divisée en 100 pilules.

On fait dissoudre à chaud l'acide arsénieux dans la glycérine, puis on incorpore les poudres à la masse pilulaire.

La formule ainsi modifiée me semble avoir sur l'ancienne les avantages suivants :

1° L'acide arsénieux, dissous dans la glycérine, se présente à l'organisme dans un état d'extrême division, et par conséquent doit être plus facilement absorbé.

2° En second lieu, la dissolution dans la glycérine doit diminuer, pour la muqueuse de l'estomac, l'action topique irritante de l'arsenic. Il est, en effet, de notion vulgaire que la glycérine diminue la causticité de tous les corps que l'on y dissout. Le fait est tellement vrai pour l'arsenic, qu'ayant autrefois essayé de cautériser des cancroïdes ulcérés avec de l'acide arsénieux à saturation dans la glycérine, et il y est soluble à 20 p. 100, je n'ai pu obtenir le plus petit effet caustique.

3° Enfin, mes pilules à base de glycérine durcissent bien un peu avec le temps, mais restent beaucoup plus longtemps molles et facilement absorbables que celles préparées suivant la formule ordinaire.

J'ai fait également subir, et je crois avec quelque avantage, une modification à la poudre caustique arsenicale, qui nous rend de si grands services dans le traitement des cancroïdes ulcérés de la peau. La formule du frère Côme et celles qui en dérivent, contiennent l'arsenic associé à des substances inertes. J'ai eu l'idée de remplacer celles-ci par des substances capables de diminuer la douleur qui, vous le savez, est un des grands défauts de ce mode du traitement. J'emploie dans ce but la formule suivante :

Acide arsénieux porphyrisé......	1	gr.
Chlorhydrate de cocaïne...........	1	»
Orthoforme............................	8	»

La cocaïne a pour but d'atténuer la douleur prochaine et l'orthoforme la douleur consécutive.

Cette poudre s'emploie délayée avec quelques gouttes d'eau pour lui donner la consistance pâteuse. Avec elle, la douleur provoquée par l'acide arsénieux persiste encore, mais *très diminuée*. L'effet thérapeutique est celui des formules anciennes un peu atténué peut-être, mais encore très suffisant.

On pourrait d'ailleurs augmenter l'activité du produit en augmentant la proportion de l'acide arsénieux.

M. Lafay. — Tous les pharmaciens savent que la gomme est un détestable excipient, qui rend les masses pilulaires dures, aussi la remplace-t-on à maintes occasions par la glycérine. A Saint-Louis, cette pratique est ancienne déjà en ce qui concerne les pilules protoiodure ; dans le service de M. Besnier, par exemple, on refusait toute pilule qui ne se déformait pas quand on la laissait tomber à terre, et, pour éviter ce refus, l'interne en pharmacie préparait ses pilules à la glycérine.

III. — *Du traitement des accès d'asthme par le pyramidon,*

par M. G. BARDET.

Lors des premières recherches que j'ai faites avec M. Albert Robin sur les propriétés thérapeutiques du pyramidon, nous avons surtout insisté sur les avantages remarquables de ce produit dans le traitement des névralgies, et l'expérience prolongée et générale du médicament nous a donné raison, puisque, à la suite de notre travail, le pyramidon est décidément entré dans la pratique et tend de plus en plus à y prendre la place de l'antipyrine, dont il n'est d'ailleurs qu'une modification heureuse, à la fois chimique et thérapeutique.

Dès cette époque nous avions pensé à utiliser les propriétés si intéressantes de ce médicament sur le système nerveux dans le traitement d'une maladie fort pénible et contre laquelle nous sommes encore mal armés, mais les résultats ne s'étant pas montrés favorables, nous avons renoncé à en parler dans nos communications.

Depuis lors, un certain nombre de médecins ont publié des observations assez nombreuses qui montrent que le pyramidon peut produire des résultats non seulement utiles, mais encore très remarquables. J'ai donc voulu voir par moi-même pourquoi j'avais échoué lors de ma première tentative et, profitant du hasard qui m'a mis en présence de malades atteints d'accès d'asthme fort pénibles, j'ai pu reprendre mes premiers essais.

En 1900, j'avais donné le pyramidon à trois asthmatiques, un enfant de dix ans qui souffrait d'accès fréquents et douloureux, un avocat sujet à des crises périodiques fort pénibles et un jardinier, très ancien asthmatique qui présentait des accès toutes les fois que sa profession lui faisait subir un refroidissement, ce qui malheureusement arrivait fréquemment.

Chez l'enfant le médicament n'a absolument rien donné. Mais,

depuis cette époque on a constaté chez lui l'évolution normale d'une tuberculose alors ignorée; il est donc logique de supposer que les troubles nerveux qui prenaient la forme d'accès d'asthme ne pouvaient pas être influencés, puisqu'il y avait sous cette apparence nerveuse une affection bacillaire persistante.

L'avocat était lui aussi un très ancien asthmatique, chez lui une longue série d'accès avait déterminé un volumineux emphysème et par conséquent on conçoit facilement qu'un accès était suivi de phénomènes catarrheux devant lesquels un modificateur nerveux devait se montrer impuissant.

Le jardinier lui, quoique ancien asthmatique, présentait seulement un peu d'emphysème; chez lui, les accès étaient parfois mais non pas toujours suivis de bronchites plus ou moins accentuées. En interprétant les feuilles d'observation, je constate que cet homme vit parfois son état amélioré, et, chaque fois que ce résultat heureux est marqué, il coïncide avec un accès court à caractère purement nerveux. J'avoue que j'ai cru dans ce cas avoir jugulé l'accès et ainsi prévenu l'apparition de la bronchite, mais je crois que cette interprétation doit être abandonnée, on verra pourquoi tout à l'heure.

Cette année, j'ai pu voir quatre asthmatiques; chez trois d'entre eux, l'administration de doses de 0 gr. 30 de pyramidon, prises dès qu'un peu de tirage se faisait sentir, ont produit un excellent effet : l'accès était littéralement supprimé et il suffisait le plus souvent de réitérer la dose une fois toutes les deux heures, rarement trois, pour voir l'état normal rétabli. Mais, chez le quatrième malade, j'eus un insuccès complet, même en forçant les doses et en les répétant à de courts intervalles.

L'état pulmonaire des malades permet, je le crois, d'interpréter de manière satisfaisante ces apparentes contradictions. Il y a les accès d'asthme pur et il y a des accès à caractère asthmatique greffés sur un état local inflammatoire. Mes trois premiers malades (de la seconde série) appartenaient au premier type, car chez eux on pouvait reconnaître que l'emphysème présentait un très minime développement et que jamais l'accès n'était causé par des intem-

péries et ne s'accompagnait d'aucun phénomène bronchitique. C'était l'accès nocturne le plus souvent, ou bien l'accès provoqué par une cause morale. Le quatrième malade, au contraire, présentait des accès au moment des périodes humides, l'emphysème chez lui était intense et presque toujours l'accès était précédé d'un état congestif manifeste.

Par conséquent, l'indication du pyramidon me paraît pouvoir être nettement définie; ce médicament pourra être prescrit avantageusement chez tous les malades à asthme pur, à accès nerveux bien caractérisés, mais on n'aura aucun avantage à insister quand on aura reconnu que les accès sont compliqués de phénomènes inflammatoires ou congestifs et surtout quand ces manifestations auront précédé l'accès. Le pyramidon, en effet, est un agent spécial du système nerveux et ne peut agir favorablement que quand son indication est nette et logique.

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Pharmacologie.

Formulaire des cacodylates.

Pour les maladies consomptives, où il est urgent de conserver l'intégrité des fonctions digestives, on emploie de préférence les injections hypodermiques.

Cacodylate de sodium pur..........	6 gr. 40
Eau distillée........................	100 »
Alcool phéniqué......................	X gouttes

Chaque centimètre cube de cette solution répond à 5 centigrammes d'acide cacodylique pur : chaque jour une ou deux injections hypodermiques de 1 cc. chacune. Ne pas dépasser 0 gr. 10 d'acide cacodylique par jour.

Le professeur Renaut préfère les injections rectales, il en donne deux formules :

1° Solution faible.

Cacodylate de sodium pur...........	0 gr. 25
Eau distillée........................	200 »

2° Solution forte.

Cacodylate de sodium pur...........	0 gr. 40
Eau distillée.......................	200 »

Chaque injection rectale est de 5 cc.; deux injections par jour pendant six jours; trois pendant dix jours : repos pendant trois à cinq jours et reprise de la série.

Pour les dermatoses, M. Danlos emploie soit la voie hypodermique, soit l'ingestion stomacale. Pour cette dernière, il use de pilules :

Cacodylate de sodium................	0 gr. 10
Extrait de gentiane....................	Q. s.

pour une pilule n° 30.

ou encore de la potion suivante :

Cacodylate de sodium...........	2 gr.
Rhum.........................	ââ 20 »
Sirop de sucre.................	
Eau distillée....................	60 »
Essence de menthe............	II gouttes

Chaque cuillerée à café renferme 0 gr. 16 de cacodylate de soude.

Médecine générale.

L'examen du sang peut-il servir au diagnostic du cancer? — Le cancer paraît posséder une formule leucocytaire assez constante, dit M. Labbé (*Journal des Praticiens*, 31 mai 1902). Dans la majorité des cas, on trouve une leucocytose polynucléaire; Strauss et Rohnstein l'ont notée dans 60 p. 100 des cas; elle est relativement assez marquée; la proportion des polynucléaires est de 84 p. 100 en moyenne; dans les autres cas, l'équilibre leucocytaire est normal; il est rare que le nombre des mononucléaires soit

augmenté; dans quelques cas très rares, on a noté une éosinophilie légère. Cette formule serait indépendante du siège et de la période d'évolution du cancer.

Telle est aussi dans ses grandes ligne l'opinion de Tuffier et Milian qui ont observé la leucocytose avec polynucléose dans les sarcomes; dans les cancers épithéliaux à une période avancée, ils ont trouvé aussi une leucocytose avec polynucléose; mais au début des cancers, avant que des infections secondaires aient pu se produire, il y aurait, suivant eux, une mononucléose.

Il existe donc une formule hématologique du cancer.

Dans les néoplasmes : 1° le nombre des *globules rouges* est diminué, souvent d'une façon assez considérable; ces globules sont de forme irrégulière et de volume variable, les uns très gros, les autres très petits; il y a souvent quelques hématies nucléées.

2° La quantité d'*hémoglobine* diminue en même temps que celle des hématies, de sorte que la valeur globulaire reste relativement assez forte.

3° Une hyperleucocytose moyenne de 10 à 15.000 globules blancs par millimètre cube de sang s'observe dans la majorité des cas; cette leucocytose est en général caractérisée par l'augmentation du nombre des polynucléaires dont le pourcentage est de 84 p. 100 en moyenne.

Cette formule hématologique n'est pas absolue; elle est sujette à des variations d'un cas à l'autre. Elle ne permet pas d'établir avec certitude le diagnostic du cancer, mais elle peut servir à diriger le clinicien dans les cas douteux.

Maladies du tube digestif et de ses annexes.

Stomatite due à l'acide borique. — Un malade de M. Le Clerc (communication à la Société de médecine du Calvados) ayant à la suite d'un refroidissement contracté une grippe à détermination gastrique et gutturale fut soumis à des gargarismes composés d'infusion de fleur de tilleul, coupée par moitié avec une solution boriquée à 3,75 p. 100. Mais le malade désireux d'en

finir avec son angine eut la pensée de substituer au gargarisme primitif de l'eau boriquée pure. Dans l'espace de quinze heures, il employa deux litres de solution d'acide borique.

A la visite du lendemain il se plaignit d'une recrudescence du mal de gorge qui, disait-il, s'était étendu à toute la bouche. On constatait en effet, inégalement réparties sur la muqueuse buccale, des taches grisâtres, de forme irrégulière, semblant en certains points comme étendues au pinceau. Les lieux d'élection étaient : le vestibule de la bouche et surtout les gencives inférieures à leur face externe, les joues et le voile du palais avec ses piliers antérieurs sur lesquels le pinceautage était parfaitement net. Les taches grisâtres de l'isthme du gosier rappelaient exactement l'aspect de certaines angines syphilitiques : point est besoin de dire que le malade n'est aucunement entaché de syphilis. Le reste de la muqueuse était rouge vif et le siège d'une sensation de brûlure fort incommode.

La suppression de l'acide borique et son remplacement par des lavages à l'eau de Vichy rendit à la muqueuse son aspect normal.

M. Le Clerc n'a trouvé qu'un seul travail où il soit question des effets toxiques de l'acide borique : c'est celui inséré par Géo Welch dans le *New York med. Record* du 3 novembre 1888.

Welch traitait alors les écoulements vaginaux de toute nature par des applications locales d'acide borique en poudre, laissant en place le pansement pendant deux ou trois jours. Dans un cas, il trouva sa malade avec la face, les mains et les pieds comme s'ils avaient été trempés dans une solution alcaline caustique : un liquide âcre s'écoulait du vagin ; la leucorrhée était revenue abondante. Dans un second cas, et bien que le traitement ait été appliqué sept fois sans incident, la malade se plaignit de douleurs dans le vagin, dont la muqueuse était exulcérée par places et le siège d'un écoulement abondant.

En résumé, il ressort de là que l'acide borique peut donner lieu à des effets toxiques locaux et même généraux, analogues, à l'intensité près, à ceux qui occasionnent les caustiques alcalins.

Chirurgie générale.

Traitement des douleurs de la carie dentaire (Redier). — Les mixtures calmantes qui sont préférables sont les suivantes :

1° Teinture de benjoin du Codex.......	6 gr.
— d'opium..................	ââ 2 »
Chloroforme......................	

ou

2° Teinture de benjoin du Codex.......	4 gr.
— d'opium..................	
Chloroforme......	ââ 2 »
Créosote pure.....................	

Cette seconde formule, malgré sa saveur désagréable et persistante, s'applique surtout aux cas rebelles, lorsque la sensibilité est excessive.

Ces mixtures serviront à faire un pansement dans la cavité de la dent que l'on aura préalablement nettoyée et asséchée. On introduit dans la cavité dentaire un petit tampon de coton hydrophile imbibé d'une de ces mixtures, puis pour qu'il y reste, on le recouvre d'un second tampon imbibé d'une substance résineuse dont la résine, au contact de la salive, se précipite dans les mailles du coton et forme avec lui une petite masse consistante, glutineuse, adhérent aux parois de la cavité et plus ou moins imperméable.

Voici deux formules de mixture :

A. Mixture occlusive au benjoin.

Benjoin de Siam....................	ââ
Alcool à 80°........................	

Faites dissoudre, laissez reposer et décantez.

B. Mixture occlusive à la sandaraque :

Camphre..........................	2 gr.
Résine mastic......................	5 »
Baume du Pérou....................	2 »
Résine sandaraque..................	30 »
Ether à 65°.......................	ââ 40 »
Alcool à 90°........................	

Faites dissoudre les résines pulvérisées dans le mélange d'alcool et d'éther; agitez fréquemment; laissez déposer et décantez.

La première formule est la plus couramment employée, la seconde donne un pansement plus dur et surtout plus collant et doit être réservée pour les cas où la cavité est largement ouverte et peu profonde.

Les pansements peuvent être laissés en place 48 heures et renouvelés suivant les besoins.

Traitement du furoncle par le gaz oxygène. — Dans les cas de furoncle et d'anthrax, le plus modeste praticien, dit M. J. Thiriar, pourra se procurer une bonbonne d'oxygène comprimé. A la tubulure de cette bonbonne on fixe un tube en caoutchouc terminé par une aiguille de Pravaz ou un tube en verre selon qu'on doit employer le gaz en injection sous-cutanée ou en insufflation dans des cavités infectées. La seule précaution, c'est de régler le débit de l'oxygène; on s'en rend compte en plongeant de l'huile dans de l'eau aseptique et en ouvrant alors peu à peu le régulateur, le bouillonnement du gaz dans l'eau fait facilement apprécier la rapidité et la quantité de l'écoulement. Ceci fait, après avoir au préalable aseptisé la région à injecter, on fait les injections dans les tumeurs et à sa périphérie en y enfonçant la petite aiguille de Pravaz. Pour un furoncle une seule injection, bien faite à la base de la petite tumeur ou dans son cratère, suffit; si le bourbillon existe déjà, on y fait également passer de l'oxygène.

Pour un anthrax volumineux, il faut 4 à 6 injections qui le circonscrivent. S'il existe déjà un processus gangreneux, on injecte avec soin de l'oxygène dans tous les pertuis qui existent. En résumé, il faut avoir soin de largement insuffler tous les points infectés où s'accumulent le pus et les bourbillons, il faut modifier les masses gangrenées; on doit surtout circonscrire le mal par une atmosphère d'oxygène, ne pas craindre de dépasser les limites de la zone envahie.

C'est par la périphérie que gagne et progresse l'infection. C'est

par la périphérie qu'il faut l'attaquer autant que par le centre.

Ce qu'il y a de remarquable dans ce mode de traitement du furoncle et de l'anthrax, c'est sa rapidité d'action.

Au bout de peu de temps, l'anthrax devient insensible, les élancements douloureux n'existent plus ; dès le soir même, le lendemain au plus tard, l'œdème périphérique a diminué ou même a disparu totalement ; le plastron induré, surélévé, rouge et si douloureux s'est affaissé, a pâli ; la dureté ligneuse a fondu.

La lymphangite, lorsqu'elle existe, s'est effacée ; en un mot, la marche en avant de l'anthrax et du furoncle s'arrête instantanément, l'évolution est entravée, la tumeur rétrocède, la suppuration diminue et cesse ; en quelques jours, tout se cicatrise. Le calme renaît chez le patient. Résultats excellents.

Hygiène.

Atelier de battage en grand de tapis et tentures à Paris. — Sur le rapport présenté par M. Chauvel au Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine (Comptes rendus des séances, 18 avril 1902), l'autorisation a été donnée à la Société *Le Rénovateur*, d'établir, boulevard Pasteur, aux conditions ci-après, un atelier pour le nettoyage et la remise à neuf des tapis et tentures au moyen de procédés mécaniques brevetés :

1° Les ateliers n'auront d'ouvertures ni sur le boulevard Pasteur, ni sur les voisins ; leur sol sera imperméable ; ils seront toujours largement éclairés et ventilés ;

2° Toutes les opérations de battage, de brossage et de lavage d'étoffes se feront dans des appareils hermétiquement clos ;

3° Les appareils de battage et de brossage seront pourvus d'aspirateurs disposés de façon que les poussières ne puissent se répandre au dehors et soient refoulées dans un local bien fermé où elles pourront être recueillies et emportées au dehors en vase clos ;

4° L'approvisionnement de benzine et d'essence ne dépassera

jamais 100 litres. Il sera contenu dans des récipients métalliques et placé dans un local spécial, fermé, en matériaux incombustibles, éclairé par la lumière du jour;

5° Il n'y aura aucun foyer, ni dans ce local, ni dans les ateliers des rénovateurs et autres, où il serait fait usage de benzine et d'essence; il sera interdit d'y fumer et d'y pénétrer avec de la lumière;

6° Les appareils mécaniques et les transmissions seront installés de façon à ne pas incommoder les voisins;

7° Dans les ateliers où l'on fait emploi de benzine et d'essence, il y aura un approvisionnement de sable meuble, suffisant pour éteindre un commencement d'incendie;

8° Les eaux résiduaires des lavages seront conduites souterrainement à l'égout;

9° Rien ne sera modifié à l'installation prévue sans l'autorisation préalable de l'Administration.

Maladies des yeux.

La famille du strabique. — La pathogénie du strabisme n'est pas élucidée. Les anciennes théories de Buffon, de Grœfe, ne sont plus que des souvenirs historiques, et celle plus scientifique de Donders ne saurait satisfaire l'esprit. Pour M. E. Ginestous (*Bulletin médical*, n° 2, 1903), le strabisme doit être considéré le plus souvent comme un vice de développement de l'appareil de vision binoculaire dû à des malformations congénitales.

L'alcoolisme, l'hystérie et les névroses se retrouveraient fréquemment chez les ascendants. La syphilis du procréateur semblerait devoir être rarement incriminée. Contrairement à l'opinion de Fournier et d'Antonelli, le strabisme ne doit pas être considéré comme un stigmate d'hérédo-syphilis.

Par les caractères de la morbidité, la famille du strabique peut être rapprochée, non des familles d'aliénés vésaniques, mais des familles d'alcooliques et d'hystériques. Les signes de dégénérescence tant physique que psychique permettent de considérer le strabique comme un dégénéré.

FORMULAIRE

Posologie de la ferropyrine. — La ferropyrine, une combinaison d'antipyrine et de perchlorure de fer, se présente sous forme d'une poudre fine, de couleur rougeâtre, soluble dans cinq fois son volume d'eau. C'est un hémostatique précieux, nullement caustique, qui, en solution à 15 ou 20 p. 100, peut rendre de grands services dans les hémorrhagies, telles que l'épistaxis, les métrorrhagies, les hémorrhagies alvéolaires. Dans les hémorrhagies stomacales, la ferropyrine peut remplacer avantageusement le perchlorure de fer. On formule :

Ferropyrine...........................	1 gr.
Sirop d'écorces d'oranges amères........	20 »
Eau distillée...........................	130 »

Prendre la moitié de la fiole.

La ferropyrine réussit encore dans la chlorose avec troubles dyspeptiques :

Ferropyrine........................	0 gr. 60
Acide chlorhydrique dilué...........	V gouttes
Pepsine...........................	5 gr.
Eau distillée......................	200 »

Une cuillerée à bouche après chaque repas.

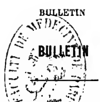
Pommade de Guyon.

Sublimé............................	0 gr. 02
Eau................................	25 »
Savon pulvérisé....................	50 »
Glycérine..........................	25 »

Cette pommade est utilisée par l'éminent professeur de Necker pour lubréfier les instruments, et en particulier les sondes uréthrales et les cathéters. Son principal avantage est d'être très glissante. Elle est en outre antiseptique sans être irritante. — (Dr Helouin, *Soc. pharm.*, janv. 1901.)

Le Gérant : O. DOIN

Imp. F. Levé, 17. rue Cassette. — Paris-6e



Le « tout à l'égout » chez les Romains. — Le Congrès de Brême. — Assurances sur décès d'enfants. — La plume d'oie comme cathéter. — Bizarres records. — Contre l'alcoolisme. — L'eau oxygénée dans les affections de la gorge. — Empoisonnement par des cachets portant des lettres coloriées.

Le tout à l'égout ne serait pas chose nouvelle. M. Bougon, dans la *Chronique médicale*, cite à l'appui ce passage des *Actes des martyrs* décrivant le cachot souterrain de la prison Mamertine ou plutôt du Tullianum :

« Erat ima custodia in carcere Tulliano, unde pudor horribilis adscendebat, quia cloacarum cuniculis *digesta domorum stercora* illic jugiter decurrebant. »

Il est clair que cet *ima custodia*, que ce caveau bas servait de lieux d'aisances aux infortunés obligés de vivre dans cette prison infecte. De là, les ordures de la ville, que le mot *stercora* caractérise suffisamment, allaient se déverser dans la rivière qui était proche.

°°°

Le désir a été exprimé au ministre des Affaires étrangères, par l'ambassadeur d'Allemagne, au nom de son gouvernement et du Sénat de Brême, de voir son département représenté au 9e Congrès international contre l'alcoolisme qui se tiendra dans cette ville du 14 au 19 avril.

Le ministre de l'Instruction publique demande l'avis de l'Académie sur l'intérêt de cette réunion scientifique, et, au cas où cet avis serait favorable, de lui communiquer les noms des membres de cette Compagnie qui seraient disposés à y représenter le ministère de l'Instruction publique.



La récente communication de M. Budin à l'Académie de médecine ne tardera pas, semble-t-il, à porter ses fruits. MM. Bonnevay et Thierry ont déposé, sur le bureau de la Chambre des députés, une loi stipulant que toute combinaison d'assurance, reposant sur la tête d'enfants de moins de sept ans et dont l'événement, donnant droit à l'indemnité, sera le décès de l'enfant, est déclarée contraire à l'ordre public et interdite en France; qu'aucune société, dont les statuts autoriseront ce genre d'assurance, ne pourra exercer sur le territoire de la République ou de ses colonies.



Il faut se débrouiller et se passer d'un instrument lorsqu'on ne l'a pas sous la main. C'est ainsi que M. Julien (de Tourcoing), ayant à sonder une femme atteinte de rétention d'urine, eut l'ingéniosité de se servir du tuyau d'une pipe. A son tour M. Montagnon nous apprend dans la *Loire médicale* qu'en pareil cas, se trouvant dans une ferme, loin de tout centre habité, sans possibilité d'avoir même le tuyau d'une pipe, il y suppléa par la plume d'une oie. L'ayant sectionnée à la longueur voulue, il fit latéralement à 5 millimètres de l'extrémité mousse à l'aide d'un canif un *œil* à cette sonde, ce qui permit le cathétérisme à la satisfaction de tous et à la sienne particulièrement.



Détenir un record doit être le *nec plus ultra* de la vanité humaine, si l'on en juge par la quantité des records qu'on invente avec le secret espoir, sans doute, d'exceller dans l'un d'eux; mais combien plus beau doit être de battre qui déjà détient ce record! Quelle joie a dû éprouver un citoyen de New-York qui a battu dernièrement le champion des « mangeurs de

bœuf » en dévorant, en une courte séance, sept livres de bœuf! L'ancien champion n'était pas ce jour-là, en bonne forme, car, dans une précédente rencontre, il avait établi le record en engloutissant 14 livres de roatsbeef.

C'est encore en Amérique qu'on trouve le champion des huîtres (sans jeu de mot!) qui gobe 100 de ces mollusques en 9 minutes, le champion des pâtés qui mange 14 pâtés en 19 minutes, et enfin le champion des œufs qui consomme 50 œufs à l'heure.

Tandis que le gouvernement français ne trouve d'autre moyen de combattre l'alcoolisme que de demander à l'Académie de médecine de dresser la liste des essences toxiques qui entrent dans la fabrication des boissons, la police danoise, dit la *Médecine moderne*, vient d'avoir une idée dont elle attend les meilleurs résultats pour diminuer le nombre des ivrognes de Copenhague.

Elle a décidé de mettre à la charge du débitant du « dernier verre » les frais du retour de l'ivrogne à domicile en voiture, ceux de réparation des dégâts commis et de médication s'il y a lieu.

On espère que les débitants seront très prudents dans le versement du « dernier verre ».



L'eau oxygénée produit les meilleurs effets dans certaines affections de la gorge, et en particulier dans la laryngite tuberculeuse. MM. Maget et Planté (de Toulon) ont constaté que les vapeurs d'eau oxygénée contiennent encore de l'oxygène, en proportions moindres et variables, il est vrai, et que l'évaporation ne fait pas disparaître, comme on l'avait cru, toute trace de ce gaz vital. Ils ont vu concurremment, avec M. Lucas-Championnière, qui a repris leurs expériences, que l'eau oxygénée possède une réelle action microbicide, dont il sera peut-être possible d'accroître la puissance lorsqu'on sera arrivé à conserver complètement et même à augmenter le taux de l'oxygène en suspension

dans les vapeurs. Cette méthode, ajoute M. Lucas-Championnière, dans sa communication à l'*Académie de médecine*, paraît devoir être appelée à rendre de grands services dans la pratique, d'abord en raison de son action avérée sur le microbe tuberculeux; en second lieu, en raison de sa simplicité et de la non-toxicité des vapeurs employées.



Un médecin d'Anvers, dit le *Répertoire de pharmacie*, a eu l'occasion d'observer des accidents chez un malade qui avait absorbé un cachet de 30 centigrammes de β-naphtol et 30 centigrammes de benzoate de bismuth; l'usage des cachets ayant été suspendu, le malaise du malade disparut subitement; le malade reprit ses cachets, et, les mêmes phénomènes se reproduisant, le médecin fut frappé de leur similitude avec ceux qui ont été indiqués comme étant causés par des chaussures teintes avec une couleur d'aniline. Les cachets portaient sur chacune de leurs faces des caractères imprimés en couleur avec une encre d'aniline, soit un ensemble de soixante-six lettres. La poudre enlevée des rondelles de pain azyme n'ayant déterminé aucun accident, le médecin incrimina nécessairement la matière colorante qui avait servi à l'impression des cachets. Il est vraisemblable que, dans cette circonstance, le malade était exceptionnellement impressionnable à l'action d'une matière colorante dont la dose devait être extrêmement faible. Nous en concluons volontiers qu'il convient d'appliquer aux cachets pharmaceutiques ce qui s'applique si bien aux gravures recherchées par les collectionneurs : c'est-à-dire de tâcher de se les procurer « avant la lettre ».

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

SÉANCE DU 25 MARS 1903

Présidence de M. DU CASTEL.

Le procès-verbal de la dernière séance lu et mis aux voix est adopté.

Présentations.

I. — M. TRIBOULET. J'ai l'honneur de présenter à la Société un appareil dû à M. le Dr Rochon.

M. le Dr Rochon a cherché à réaliser un appareil peu coûteux, d'un emploi facile, capable d'être utilisé sans fatigue par les plus inhabiles et de devenir ainsi pour les hôpitaux, les dispensaires et les sanatoria une arme nouvelle dans la lutte contre la tuberculose.

Nous pensons, dit-il, être arrivé, pour ainsi dire, à l'idéal de la simplicité, de la propreté et du bon marché.

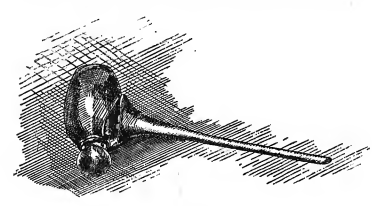
Notre inhalateur est presque une pipe ordinaire, adaptée seulement à ses nouvelles fonctions. En verre ou en cristal, il suffit pour stériliser cet appareil de le passer à l'eau bouillante. Pour inhaler, on le remplit d'un tampon peu serré d'ouate hydrophile que l'on imbibe de quelques gouttes du liquide médicamenteux choisi : on recouvre d'un autre tampon d'ouate hydrophile sèche pour empêcher l'évaporation extérieure et filtrer l'air.

Dès la première séance les malades s'en servent admirablement ; la plupart d'ailleurs ont fait déjà leur apprentissage avec

le tabac ; il suffit de leur donner le rythme voulu, de leur indiquer la profondeur nécessaire aux inspirations et expirations.

Cet inhalateur a encore deux autres avantages : d'abord, il peut être tenu et serré dans la main, ce qui suffit à échauffer l'air à son passage et à faciliter l'évaporation du médicament dont on a imprégné le coton hydrophile.

De plus, grâce à une boule qu'il porte à sa partie inférieure et qui peut dans tous les cas recueillir un excédent de liquide que



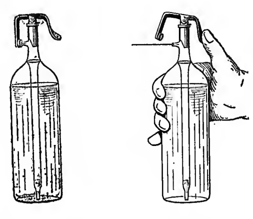
ne pourrait retenir le coton, il devient capable de servir à surcharger également l'air aspiré d'un gaz quelconque, d'oxygène par exemple. Il suffit pour cela de remplir cette boule d'eau oxygénée aussi concentrée que possible et d'en amener la décomposition lente par l'addition d'un petit grain de bioxyde de manganèse ou mieux encore d'un cristal de permanganate de potasse.

Quant au prix de revient, il pourra descendre, nous a-t-on affirmé, à cinquante centimes pour les établissements de bienfaisance.

II. — *Nouveau dispositif « Siphon » pour la conservation et l'emploi du chlorure d'éthyle.*

(Présenté par M. Bardet.)

J'ai l'honneur de présenter à la Société, au nom du Dr Kraus, un dispositif original pour l'usage du chlorure d'éthyle ou d'un mélange de chlorure d'éthyle et de méthyle. On remarquera que l'originalité du système est d'avoir simplement imité le siphon qui sert couramment pour l'emploi de l'eau de Seltz, mais encore fallait-il penser à la chose.



Un tube plonge au fond du siphon et communique à l'orifice, qui naturellement est capillaire, et encore faut-il ajouter qu'on peut se dispenser de faire un tube capillaire, un simple trou réduit dans ses dimensions suffit, ce qui simplifie beaucoup la construction de l'appareil.

Pour l'usage, on soulève l'opercule, appuyé par un ressort, en agissant sur un petit levier semblable à celui qui est placé sur les siphons, la manœuvre est donc facile, l'opérateur peut faire

l'anesthésie locale en maintenant le siphon debout, et celui-ci peut se vider en totalité.

Le chlorure d'éthyle contenu dans ces petits appareils est chimiquement pur, on peut donc l'utiliser pour la pratique de l'anesthésie générale.

Certainement l'appareil constitue un progrès très réel sur les tubes jusqu'ici en usage, c'est pourquoi j'ai cru intéressant d'appeler sur lui votre attention.

III. — *Excitateur de la pupille pour la recherche du réflexe lumineux*,

par M. Maurice Dupont.

J'ai l'honneur de présenter à la Société un petit appareil pour la recherche du réflexe lumineux.

Etant donnée l'importance du signe d'Argyll-Robertson pour le diagnostic précoce du tabès et de la paralysie générale, il m'a paru intéressant de combiner un appareil et une technique qui permettent de faire cette recherche *ex tempore*, au lit du malade, sans avoir recours au miroir et au cabinet noir. Le procédé consiste à utiliser le *réflexe consensuel*, en provoquant une excitation lumineuse sur une rétine pour examiner le réflexe de la pupille du côté opposé.

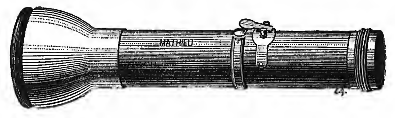
L'appareil se compose d'une œillère que l'on adapte sur un œil : c'est la chambre noire; au fond de l'œillère se trouve une petite lampe à incandescence alimentée par une pile contenue dans le corps même de l'appareil. Un contact permet de fermer le circuit en déterminant un *éclair* brusque, instantané.

La technique est la suivante : le malade, assis sur une chaise, la tête inclinée en arrière, regarde au plafond : l'appareil étant placé sur un œil, l'opérateur examine une pupille, au moment où il projette l'éclair sur la rétine opposée.

Fait intéressant à noter : l'éclair se produit instantané, puis, phénomène ultérieur, apparaît à son tour la contraction de la

pupille du côté opposé. Malgré l'arc réflexe très court, il n'y a donc pas de synchronisme entre l'excitation et la contraction de la pupille. Ce retard ou « temps perdu », absolument normal, s'accuse d'une façon appréciable à l'état pathologique et **m'a paru** un symptôme précurseur du signe d'Argyll-Robertson.

L'étude de ce retard peut être faite avec un autre appareil que je me réserve de présenter à la Société, mais je tiens à signaler que, à l'aide même de ce « simple excitateur de la pupille », on obtient la notion réelle « du temps perdu », et, par l'habitude, l'opérateur est en état d'attribuer à ce retard une valeur pronos-



tique au point de vue de l'apparition ultérieure et prochaine du signe d'Argyll-Robertson. A l'état normal, ce retard sera réduit à trente centièmes de seconde avec une lumière très vive pour atteindre trois quarts de seconde dans les cas pathologiques.

L'examen successif de chaque pupille permet de constater que souvent la perte du réflexe lumineux s'observe d'un côté avant de se localiser sur les deux pupilles.

Chez les aliénés indociles, la recherche du réflexe lumineux est parfois difficile dans le cabinet noir, alors que cette recherche est faite aisément en plein jour, même sur des agités qui se défendraient dans l'obscurité.

Il faut retenir que le signe d'Argyll ne doit être regardé comme absolu et confirmé qu'alors que la pupille résiste devant un foyer intense, sinon il ne saurait y avoir qu'une paresse de la pupille et un faux signe d'Argyll.

En résumé, si on veut bien juger ce procédé d'une façon *impar-*

tiale et en se mettant dans les conditions voulues, cette méthode restera le procédé « de choix » pour rechercher d'une façon *certaine* le réflexe lumineux, et permettra au clinicien de rechercher facilement un signe souvent négligé ou méconnu.

Communications.

I. — *La question de l'alcool-aliment,*

par M. PAUL GALLOIS.

A la fin de l'année dernière, M. Duclaux a fait paraître dans les *Annales de l'Institut Pasteur* un exposé des recherches de MM. Atwater et Benedict sur l'alcool-aliment. La conclusion de ce travail est que l'alcool ingéré se brûle dans l'organisme et que la chaleur produite par cette combustion est une source d'énergie utilisable par l'homme. Désirant attirer l'attention sur un travail qui l'avait évidemment fort intéressé, M. Duclaux accompagnait son analyse de commentaires très élogieux, qui en exagéraient quelque peu la portée. Si l'article de M. Duclaux était resté confiné dans des milieux exclusivement médicaux, ce grossissement n'aurait pas un grand inconvénient. Chacun de nous aurait su où commençait l'hyperbole; on aurait fait les réductions nécessaires et on n'en aurait retenu qu'un point : c'est que le travail d'Atwater et de Benedict avait une grande valeur.

Malheureusement cet article a paru à un moment où une lutte assez vive était engagée entre partisans et adversaires de l'alcool. Comme il fournissait, sous la signature d'un membre de l'Institut, des arguments favorables aux partisans de l'alcool, cet article eut un retentissement énorme. La presse politique le reproduisit et les commerçants en vins utilisèrent quelques-unes de ses formules les plus caractéristiques, dans leur manifeste en réponse à l'affiche de l'Assistance publique sur l'alcoolisme et ses dangers. De ce fait, l'article de M. Duclaux subissait une sorte de

transposition qui en changeait le caractère et en accroissait la portée. Telle formule laudative destinée sans doute, dans l'esprit de l'auteur, à attirer l'attention des médecins sur un travail intéressant, paraissait devenir l'affirmation d'un dogme scientifique irréfutable. Étant donné le bruit fait autour de cet article et la signification qui lui a été donnée dans les milieux extra-scientifiques, il est indispensable de remettre les choses au point et de rétablir les faits dans leur sens exact.

Tout d'abord, les conditions dans lesquelles s'est produite la divulgation du travail de M. Duclaux ont exagéré quelque peu l'importance des recherches de MM. Atwater et Benedict. Il semblerait vraiment que les auteurs américains ont fait une découverte considérable et absolument inattendue, comparable à celle de la vaccination charbonneuse, par exemple. Personne avant eux ne se serait demandé à quoi pouvait servir l'absorption de l'alcool : l'alcool était un poison et on ne se serait jamais douté qu'il pouvait être un aliment. Certains passages du travail de M. Duclaux semblaient accréditer cette opinion. Il écrivait, en effet : « L'alcool est-il un aliment?... Voilà évidemment une grosse question qu'on pourrait croire étudiée... Quand on cherche dans cette direction, on s'aperçoit que l'alcool a été totalement négligé. On ne sait ce qu'il vaut comme aliment... »

Or, il y a plus d'un demi-siècle que la question est posée, et déjà Liebig, se demandant ce que devient l'alcool dans l'organisme, avait formulé précisément la même opinion que MM. Atwater et Benedict. Il considérait que l'alcool se brûle dans nos tissus et s'élimine sous forme d'eau et d'acide carbonique. Hepp, Hirtz, Bouchardat, Sandras, Duchek, etc., avaient soutenu la même théorie. Mais Lallemand, Perrin, Duroy émirent une hypothèse inverse. Pour eux, l'alcool traverse l'organisme sans s'y brûler et s'exhale en nature par divers émonctoires. Dès lors, deux camps se formèrent parmi les physiologistes, les uns tenant l'alcool pour un aliment, les autres lui refusant toute valeur à ce point de vue. Je n'ai pas fait le relevé complet des auteurs s'étant occupés de ces

importantes questions, mais je puis citer, au hasard des documents que je possède sur ce point, Zuntz, Wolfers, Geppert, Binz, Heubach, Bodlaender, Stammreich, von Noorden, Schmidt, Bunge, Miura, Neumann, Rosemann, Offer, Kassowitz, Gaspari, Jaquet (de Bâle), Chauveau, Contejean, Destrée, Deladrier, etc., et je suis persuadé qu'un physiologiste un peu au courant de la question ne serait pas embarrassé pour ajouter une vingtaine de noms à cette liste. Le rôle de l'alcool ingéré n'était donc pas une « question délaissée ». La tendance actuelle était même de considérer l'alcool comme un aliment. C'est l'opinion que professait, en 1887, M. Hayem dans ses leçons de thérapeutique, et que nous adoptions également, Gaucher et moi, dans notre thérapeutique des maladies des reins, en 1896.

MM. Atwater et Benedict ont donc simplement pris parti dans un débat ouvert depuis plus d'un demi-siècle, et n'ont guère fait qu'abonder dans le sens de la majorité. Pour montrer combien leurs résultats diffèrent peu de ceux qui avaient été déjà obtenus, je mentionnerai ce seul fait. Ils admettent que, chez l'homme, 99 p. 100 de l'alcool ingéré se brûle dans l'organisme. Bodlaender donnait le chiffre de 95 p. 100 au moins, pour l'homme également. La différence n'est pas énorme. J'admets volontiers que les expériences d'Atwater et Benedict ont eu une précision plus grande que les recherches antérieures, mais ce ne serait vraiment pas la peine d'entreprendre un travail, si l'on ne cherchait à faire mieux que ses devanciers.

A qui voudrait se rendre un compte exact de la valeur de l'œuvre d'Atwater, je ne pourrais donner de meilleur conseil que de se reporter à l'article que mon ami Henry de Varigny lui a consacré dans sa causerie scientifique du journal *le Temps* (13 janvier 1900). On y trouvera une analyse précise et une critique très juste de ton. L'article étant destiné au grand public est écrit de façon à ne pouvoir prêter aux interprétations erronées. Quoique publié dans la presse politique, il n'a soulevé, que je sache, aucune émotion ; cela seul démontre combien l'agitation présente est artificielle. En somme, donc, tout en reconnaissant

les mérites des auteurs américains, il ne faut pas donner à leur œuvre les allures d'une illumination subite éclatant au milieu des ténèbres. Ils ont étudié une question discutée et ont formulé une solution déjà plus qu'entrevue. Je n'affirmerais pas qu'ils entraînent l'adhésion sans réserve des adversaires de leur thèse.

Admettons qu'ils ont pleinement raison : l'alcool se brûle dans l'organisme. M. Berthelot a déjà fait observer qu'on peut en conclure que c'est un combustible, et qu'on n'a pas encore le droit d'affirmer que ce soit un aliment. Il faudrait encore, pour cela, démontrer qu'il est capable de se fixer dans les tissus et d'y constituer des réserves. Mais ne chicanons pas; allons jusqu'à accepter que l'alcool est un aliment. Que nous importe? Ce n'était pas cela qui était en discussion. La question intéressante pour les ligues anti-alcooliques était de savoir si l'alcool était un poison. Le travail d'Atwater et Benedict n'en dit rien. Or, en ce point s'est glissé dans l'esprit du public un sophisme qu'on ne saurait trop dénoncer. L'alcool étant un aliment, on en a conclu qu'il ne pouvait être un poison. C'est aussi inexact comme raisonnement que si l'on disait : « Le mercure est un médicament, donc il n'est pas un poison. » Là encore M. Duclaux avait rendu l'erreur presque inévitable quand il écrivait « que l'alcool n'est pas un poison, mais qu'il doit être placé à côté de l'amidon et du sucre, qu'il dépasse même en valeur alimentaire ».

De ce qu'une substance est un aliment, cela ne veut pas dire qu'elle ne peut être un poison. Le nombre des intoxications alimentaires est même assez grand. On peut être empoisonné par des moules, par des crustacés, par la chair d'animaux forcés, par des aliments avariés. Les conserves alimentaires, même non altérées, produisent à la longue le scorbut, si on ne trouve pas à les associer à des aliments frais. Le lait stérilisé lui-même, quand son emploi est mal réglé, peut provoquer le scorbut infantile décrit par Barlow. D'ailleurs, certains aliments inoffensifs pour telle personne sont nocifs pour d'autres. Les fraises, les œufs, le porc, les poissons provoquent de l'urticaire ou de l'eczéma chez

les sujets prédisposés. Le bouillon gras est une « solution de poisons » pour les albuminuriques, suivant l'expression de Gaucher, et M. Huchard a fait voir que la viande pouvait être dangereuse pour les artério-scléreux chez lesquels elle provoque la « dyspnée ptomaïnique ». L'abus de certains aliments peut causer des accidents : c'est ainsi qu'un régime trop animalisé est parfois nuisible. M. Duclaux signalait lui-même, dans la *Revue de Paris* du 15 juin 1897, les risques d'empoisonnement que nous font constamment courir les aliments quand il écrivait : « Tout est dangereux pour le consommateur, tout ce qu'il mange et tout ce qu'il boit, sauf peut-être le pain sans levain et l'eau pure. »

Ainsi donc, même en acceptant que l'alcool soit un aliment, il y a lieu de se demander s'il est un poison, l'un n'excluant pas l'autre. Or, pour être renseigné sur ce point, il n'est pas nécessaire d'être grand clerc, il suffit de regarder un homme en état d'ivresse. Et encore cette manifestation de l'alcoolisme aigu est relativement peu grave et peu importante en comparaison des accidents de l'alcoolisme chronique. Ces accidents sont bien connus des médecins; ce sont, par exemple, l'ulcère de l'estomac, la cirrhose hépatiqne, la névrite périphérique, le delirium tremens, la tuberculose pulmonaire. MM. Atwater et Benedict ne nous démontrent pas que nous avons à tort incriminé l'alcool dans leur pathogénie, et je ne vois pas que, suivant l'expression de M. Duclaux, nous soyons réduits à « lui faire des excuses » pour l'avoir injustement accusé de ces méfaits. L'alcool reste donc bien un poison et l'on n'est pas près de rayer le chapitre alcoolisme de la liste des intoxications.

Le point important à préciser, ce serait la dose journalière à partir de laquelle l'alcool devient dangereux. Or, c'est également un point fort difficile à établir. Il est même probable que cette dose est assez variable. Elle doit dépendre d'une foule de circonstances : des qualités de la boisson alcoolique ingérée, du genre de vie du buveur et de sa sensibilité individuelle à l'égard du poison. La seule chose que nous puissions dire, nous médecins,

c'est qu'un individu prend trop d'alcool lorsque nous constatons chez lui du tremblement des lèvres et des mains, des crampes dans les jambes, des cauchemars nocturnes, des pituites matinales qui sont déjà des signes très révélateurs. On peut même soupçonner l'alcoolisme avant cela, chez certains sujets au teint coloré, un peu hâbleurs, agités, irritables ou présentant de la dyspepsie et de la perte d'appétit. Eh bien ! si l'on interroge ces malades, il en est quelques-uns qui n'avouent prendre qu'un litre de vin par jour sans supplément d'alcool ou d'apéritif. Faut-il accepter cette dose journalière d'un litre de vin, comme la limite dangereuse ? Il est bien difficile de le dire puisqu'on n'a pour garant que la sincérité fort problématique du buveur. Il serait certainement préférable de rester au-dessous de cette limite, les 65 centilitres qu'on donne aux malades des hôpitaux étant très suffisants. Il n'y a, d'ailleurs, nul inconvénient à s'abstenir totalement.

En résumé, quelle formule adopter ? Celle de MM. Debove et Faisans, dans l'affiche de l'Assistance publique, « l'alcool n'est utile à personne ; il est nuisible pour tout le monde » est peut-être un peu intransigeante ; elle risque de ne pas convaincre les intéressés. Il importe, en effet, dans la lutte contre l'alcoolisme, de se montrer très prudent et de ne pas avancer d'affirmations qui pourraient prêter à des réfutations trop faciles. A cet égard, on pourrait prendre modèle sur le manifeste des marchands de vins, qui est extrêmement habile sous son apparente conciliation : « Usez, mais n'abusez pas. » La formule caractéristique de ce manifeste est la suivante dérivée d'une phrase de M. Duclaux : « L'alcool est un aliment et non pas un poison. » Son inexactitude la rend inacceptable.

Entre ces deux aphorismes extrêmes il y a place, je crois, pour une formule intermédiaire plus voisine de la vérité. « L'alcool est un aliment et un poison. Comme aliment, il est loin d'être indispensable ; et puisqu'il est un poison, il faut ou s'en abstenir ou le prendre en quantité modérée. »

II. — *L'obésité avec surcharge graisseuse du cœur*,

par le Dr Fiessinger,
membre correspondant de l'Académie de médecine,
rédacteur en chef du *Journal des Praticiens*.

On connait les accidents de la surcharge graisseuse du cœur. On sait aussi les moyens d'y remédier. Ce qu'on ignore davantage, c'est que tous les obèses sont loin de présenter constamment les symptômes d'adipose cardiaque qui sont décrits : faible choc de la pointe, bruits cardiaques faibles, mal frappés; pouls faible, mou, souvent ralenti. Aux obèses de cet ordre, nul doute pour le traitement : soumis à une cure d'amaigrissement, ils se remettent très vite. Quelle sera cette crue? Nous l'allons dire tout à l'heure.

Seulement, à côté de ces obèses qu'on pourrait appeler hypotendus, existe le groupe des obèses hypertendus. Ce dernier rassemble des sujets assez nombreux. Sur 400 cas d'obésité, Kisch (1) compte 24 p. 100 de ces obèses hypertendus, avec tension artérielle élevée, et deuxième bruit aortique très accentué.

En présence de cette deuxième catégorie d'obèses qui offrent des signes d'artério-scléreux, la question de traitement se complique. Quel régime leur ordonner? Le régime lacté ou le régime carné? L'artério-sclérose, comme l'a montré mon maître et ami M. Huchard, est toujours un organisme en imminence d'intoxication : il semble donc indiqué de lui prescrire le régime lacto-végétarien. Ce régime lacto-végétarien est éliminateur des toxines; il abaisse la tension artérielle. Tout de suite l'artério-scléreux s'en trouve bien.

Seulement que cet artério-scléreux soit obèse, les résultats de ce régime ne sont pas toujours aussi satisfaisants. Bien plus que par le régime lacto-végétarien, il se trouve soulagé par le régime carné. Ce dernier, en combattant l'obésité, arrive maintes fois à réduire l'hypertension artérielle, comme si l'hypertension arté-

(1) Kisch. *Deutsch. med. Wochens.*, décembre 1890.

rielle était en pareil cas en grande partie fonction de l'obésité. Il s'agit seulement, dans une telle occurrence, d'user de prudence et de doigté clinique.

L'artério-scléreux obèse ne pourra bénéficier du régime carné que tout au début de son mal, et quand les accidents d'intoxication ne sont pas à redouter. Le rein est normal et élimine les déchets. On peut prescrire de la viande.

Le tout est de savoir quand le rein est normal.

Ce n'est pas commode. Les procédés expérimentaux induisent en erreur. M. Merklen me parlait dernièrement d'un cardio-rénal de son service. La perméabilité de son rein était démontrée par les méthodes en faveur : cryoscopie et bleu de méthylène. Et cependant la clinique disait tout le contraire. Assuré sain par le laboratoire, le rein de cet homme était reconnu malade par la clinique. Cet homme avait la dyspnée toxi-alimentaire de M. Huchard et ne se rétablit que par la prescription du régime lacté.

Chez un obèse atteint d'hypertension artérielle, il convient donc avant tout d'interroger les troubles fonctionnels enregistrés par la clinique. Ils sont au nombre de deux : la dyspnée et la céphalée. L'examen urinaire sera également pratiqué. Il ne fournit pas de résultats décisifs. La présence d'albumine, si elle se rencontre, ne signifie pas toujours lésion rénale ; l'albumine chez l'obèse peut être d'origine hépatique, non rénale. L'absence d'albumine d'autre part ne dégage pas le rein : une toxémie rénale peut exister sans albuminurie. Une diminution appréciable de l'urée serait d'un signe moins trompeur, s'il n'était pas établi que, dans l'obésité sans lésions rénales, l'urée peut être diminuée dans près de la moitié des cas.

Il faut donc d'autres signes que l'analyse des urines. La dyspnée peut fournir des indications utiles. Sans doute on constate chez l'obèse la dyspnée d'effort, la dyspnée nocturne et la distinction de cette dyspnée d'avec la dyspnée toxi-alimentaire n'est pas toujours aisée. C'est, ce semble, avant tout, une question de nuances. Une fois que la toxémie rénale intervient comme facteur étiologique, les crises sont plus intenses, leurs paroxysmes

pseudo-asthmatiques plus accusés. Il appartient au tact du clinicien de débrouiller ces nuances.

La céphalée constitue un phénomène de signification moins incertaine. Toutefois elle ne se présente que dans les cas d'intoxication déjà avancée. Quand elle existe et se prolonge, l'élément rénal entre souvent en jeu.

Le cardiaque obèse n'a ni dyspnée toxi-alimentaire, ni maux de tête, ni albuminurie. D'autre part, il montre des signes d'hypertension artérielle : pouls dur, tendu, retentissement diastolique de l'aorte.

On va lui prescrire le régime carné, mais en insistant sur cette recommandation : A la moindre dyspnée nocturne ou à la moindre exagération de cette dyspnée, si l'obèse la présente déjà, au moindre mal de tête aussi, le régime carné sera interrompu. Grâce à cette précaution, rien n'est à craindre. Que si le malade au contraire va mieux, on continue.

Le régime le meilleur à ordonner en pareil cas semble le régime de Schwenninger modifié par notre maître et ami M. Albert Robin. Schwenninger recommandait le vin aux repas (2 verres de vin blanc); M. A. Robin préfère du thé léger et chaud; en outre M. Robin défend le sucre; le médecin de Berlin, l'autorise. Au surplus, ce dernier ne se montrait pas trop sévère sur la quantité de pain : 2 petits pains environ étaient tolérés chaque jour.

M. A. Robin ne dépasse pas une quantité de 75 grammes de pain. Aussi bien voilà son régime, tel que nous l'avons appliqué chez nos malades :

A 7 heures du matin : viande froide à volonté. Pain : 10 grammes ; une tasse d'eau chaude légèrement aromatisée de thé sans sucre.

A 10 heures du matin : un œuf à la coque.

A 11 heures du matin : viande froide à volonté. Légumes verts à volonté. Les légumes sont cuits à l'eau, sans beurre ni graisse. Pain, 30 grammes. Une tasse de thé léger, non sucré comme le matin.

A 3 heures du soir, une tasse de thé comme précédemment.

A 7 heures du soir : viande froide à volonté. Légumes verts cuits à l'eau; pain, 30 grammes; une à deux tasses de thé chaud. Salade et cresson sans aucun assaisonnement, sauf le sel.

Une règle d'hygiène ensuite : se promener pendant une demi-heure après chaque repas.

Quant à la constipation, des pilules d'aloès la combattront avec succès.

En résumé : 75 grammes de pain par jour, environ 3/4 de litres à 1 litre de thé; viande et légumes verts cuits à l'eau et à volonté; pas de farineux, de graisses, ni de sucre. Les boissons chaudes ordonnées dans ce régime favorisent la digestion; de plus, elles calment la soif à dose faible. Double avantage.

Cette alimentation, réglée de la sorte, assure un amaigrissement rapide : 20 livres en moyenne en 3 semaines. Elle semble réussir aussi bien chez les azoturiques que chez ceux qui présentent une quantité d'urée normale. Et les malades reviennent enchantés. Ils ne souffrent plus et, pour arriver à la guérison, n'ont pas été condamnés à un régime d'abstinence qui les laisse souffrir de la faim. C'est là une condition essentielle : ne pas recourir dans les cures d'obésité à des régimes draconiens dont celui de Bouchard présente le type : 1.250 grammes de lait et 5 œufs, le tout réparti en 5 repas dans les 24 heures. Aucun autre aliment ou boisson. C'est maigre. Les malades protestent. Ils ont faim. Que s'ils consentent à se soumettre, ils n'ont pas fini avec leurs ennuis. Une constipation opiniâtre se montre qui les oblige à des laxatifs quotidiens. Ils ne reculent pas, poursuivent leur régime les trois semaines indiquées. Au bout de ce terme, ils ont, en effet, maigri de 10 à 15 livres.

Mais à quel prix ce résultat? Trois semaines de jeûne et, ce qui pis est, trois semaines de jeûne qui n'aboutissent même pas à un résultat durable. Dès que les malades reprennent leur alimentation, l'embonpoint revient. A cinq obèses, nous avons jadis recommandé le régime de Bouchard. Les inconvénients sont grands, les résultats transitoires. Nous y avons renoncé.

Le régime de M. A. Robin offre au contraire l'avantage d'être suivi de résultats durables. Il ne soumet le malade à aucune épreuve pénible, conduit à des effets qui se prolongent. C'est là une double raison pour qu'il soit préféré.

Nous ne parlons pas des succès qu'il assure dans les cas d'obésité habituelle avec surcharge graisseuse du cœur, alors qu'il n'existe pas d'hypertension artérielle. Nous pourrions donner de nombreuses observations, et MM. A. Robin et Huchard ne comptent plus leurs guérisons.

Ce qui est moins connu, c'est l'effet de cette médication chez les obèses en état d'hypertension artérielle et quand les phénomènes de dyspnée toxi-alimentaire ne se sont pas encore montrés. C'est, réduite à son premier terme, la méthode d'Œrtel dont l'auteur a eu tort de généraliser les indications. On sait que la première règle de la méthode d'Œrtel était la sudation et la restriction des boissons; la seconde était de relever la force contractile du myocarde par l'exercice méthodique et la gymnastique ascensionnelle.

Ce second article de la médication nous a toujours semblé beaucoup moins important. A quoi bon soumettre le malade à la marche ascensionnelle? D'abord cela peut être dangereux, par la fatigue que pareil effort cause au malade et ensuite quand le cœur est débarrassé de sa graisse, la recommandation, si elle n'est plus dangereuse, devient inutile. Un malade dont le cœur n'est plus gras semble assez rarement avoir besoin d'être soumis à la marche ascensionnelle. Il montera les côtes de lui-même et sans qu'il s'en doute, dès que l'oppression aura disparu.

Le point de beaucoup le plus important de la cure d'Œrtel est la réduction de liquide et encore l'auteur allemand n'a-t-il pas circonscrit le terrain de ses applications. M. Huchard a eu raison de lui opposer les dangers de sa méthode dès qu'elle n'établit pas la distinction entre les intoxiqués rénaux et ceux qui ne le sont pas.

Voici maintenant quelques observations résumées. Nous regrettons de ne pouvoir fournir des analyses d'urine complètes;

il y a une lacune regrettable de ce côté. Néanmoins les résultats cliniques dans leur ensemble sont intéressants et ont trait à une série de faits assez peu connus.

Observation I. — En octobre dernier se présente à la consultation de Necker, dans le service de M. Huchard, un homme de 52 ans; grand (1m74), gros (il pèse 245 livres), oppressé au moindre effort et ayant des palpitations fréquentes. Nuits bonnes; pas de maux de tête, pas d'albumine dans les urines. Le pouls est dur, difficile à déprimer; le cœur bat avec force; le second bruit aortique est claquant. Urines normales. Nous proposons de soumettre ce malade, non au régime lacto-végétarien qui semblait indiqué, mais au régime carné d'amaigrissement. Il revient au bout de trois semaines. Il a maigri de 22 livres et tous ses troubles ont disparu. Le retentissement diastolique semble moins marqué. Depuis cette époque le malade a continué de bien aller.

Obs. II. — Chez un second malade, fonctionnaire dans le Jura, les symptômes et le résultat du traitement ont été les mêmes. C'est un homme de 54 ans, plutôt petit (1m65) et pesant 112 kilogr. Le pouls est fréquent et dur, il existe un retentissement du second bruit aortique. Le foie déborde les fausses côtes et les pieds sont légèrement enflés le soir. Le malade est oppressé au moindre mouvement. Urines normales, pas d'albumine, urée 30 grammes. Les médecins de la région avaient en vain prescrit le régime lacto-végétarien et l'iodure de potassium; aucune amélioration ne s'était produite. Nous ordonnons le régime lacté exclusif trois jours de suite, de la digitaline à faibles doses (X gouttes de la solution Nativelle au 1/1000 trois jours de suite), et ensuite le régime carné tel que nous l'avons exposé. Les trois premières semaines, le malade maigrit de 18 livres. Nous l'avions vu au commencement de septembre. En novembre, il avait maigri de 25 livres, allait tout à fait bien et avait repris toutes ses occupations.

Obs. III. — Un troisième malade, âgé de 47 ans, pesant 110 kilogr. et atteignant une taille de 1m65, cultivateur dans l'Oise, nous consulte en janvier pour une oppression continue avec insomnie. Le malade ne pouvait rester dans la position horizon-

tale. Hypertension artérielle : tension artérielle = 19 et bruit claquant du second bruit aortique. Pas de maux de tête. Pas d'albuminurie, urée 45 grammes par litre. Prescription du régime carné. Le 10 mars il ne ressent plus d'oppression, dort normalement, a maigri de 24 livres en vingt-quatre jours, le retentissement diastolique de l'aorte est moins marqué, la tension artérielle est tombée à 14; légère douleur au niveau du gros orteil depuis quelques jours. Sans avoir jamais présenté d'accès réel de goutte, le malade avait déjà ressenti à plusieurs reprises des douleurs de cet ordre, durant trois à quatre jours.

De ces faits, je crois pouvoir conclure que le régime carné dans la surcharge graisseuse du cœur, alors même qu'il existe des symptômes d'hypertension artérielle, peut être ordonné avec d'excellents résultats. Mais, pour que les effets favorables se produisent, il faut une double condition, que cette hypertension artérielle ne s'accompagne pas de phénomènes de toxémie rénale et aussi que le cœur ne soit pas trop dilaté.

Quand il existe des phénomènes de toxémie rénale ou d'insuffisance cardiaque accompagnée de gros œdèmes, alors le régime lacté semble préférable, et c'est celui que nous avons ordonné chez plusieurs malades qu'ensuite nous avons suivis et dont nous avons constaté l'amélioration pendant de longues années. Il est à remarquer que les malades dont nous allons parler présentaient tous de gros foies, des foies débordant de 6 à 8 travers de doigt le rebord costal. C'étaient de grands mangeurs, de fort buveurs. Le régime lacté, prôné dernièrement par Le Menant des Chesnais à la *Société de médecine pratique*, comme traitement général de l'obésité, a peut-être ses applications les plus immédiates chez certains obèses cardiaques, à foie énorme. Tous nos malades ont guéri et ont succombé à des maladies d'un autre ordre au bout de plusieurs années. Chez eux intervenait, comme élément de pronostic favorable, tout juste ce volume énorme du foie. C'est là un sujet sur lequel nous réunissons en ce moment les derniers matériaux. Les idées classiques qui ont cours

négligent trop ce facteur essentiel qu'est la grosse hypertrophie hépatique dans la marche des affections du cœur.

Nos malades ayant guéri dans ces conditions sont au nombre de cinq.

Obs. IV. — L'un d'eux, diabétique (40 grammes de glycose et 35 grammes d'urée dans les 24 heures), petit et trapu (1m65), pesait 220 livres.

Agé de 64 ans, il avait un foie qui débordait de huit travers de doigt. Pris d'accidents asystoliques à plusieurs reprises en 1892 et 1893, il vit son cœur se remettre et se régulariser avec des infusions de digitale. En outre, le régime lacté auquel il fut soumis eut le double avantage de faire disparaître le sucre des urines et de faire maigrir. Le malade diminua de 75 livres en quelques mois. Son cœur se remit pour de longues années; de temps à autre, tous les mois ou tous les deux mois, en cas d'oppression, une infusion de digitale était absorbée. Le sucre ne reparut pas; mais des troubles trophiques envahirent les membres inférieurs, un œdème éléphantiasique avec ulcérations profondes grossit démesurément les jambes et les recouvrit tout au pourtour des plaies de lames épidermiques verruqueuses et sèches. Le malade ne succomba qu'en août 1902, c'est-à-dire au bout de 10 ans. Je n'ai pas su la cause exacte de sa mort.

Obs. V. — Un second obèse à gros foie était hôtelier. Il avait 1m75 de taille et pesait 250 livres. Agé de 66 ans, il buvait ferme et mangeait mieux. En octobre 1892, accidents asystoliques : dilatation du cœur, avec arythmie, œdème considérable des membres inférieurs, foie énorme. Il débordait de 8 travers de doigt les fausses côtes. Urines très albumineuses, urée 20 gr. par litre. La digitale demeura impuissante. Les injections de caféine, par contre, firent merveille : la diurèse s'établit, l'œdème se résorba, l'albumine disparut. Soumis au régime lacté, puis lacto-végétarien, le malade maigrit de 70 livres. Son cœur se remit tout à fait. Le malade quitta sa profession d'hôtelier, se retira à la campagne. Il vécut encore 10 ans, dut prendre seulement dans cet intervalle 3 à 4 fois quelques doses de digitaline

(solution alcool. à 1 p. 1000 : XXX à XL gouttes en une fois; XX gouttes, 4 jours plus tard) pour renforcer son cœur qui se laissait distendre, et mourut, en 1902, d'une hémorrhagie cérébrale.

Obs. VI. — Un autre malade était boulanger et comme tel gros buveur. Il était également grand, 1m73, et gros, 245 livres. Quand nous le vîmes en 1896, il se plaignait d'oppression et était atteint d'une ascite très apparente. Le foie toutefois était perçu et débordait de plus du travers de la main; il était lisse, non bosselé. Le cœur battait fort et régulièrement, mais vite. Peu de signes cardiaques; à peine un peu de gonflement des jugulaires, très peu marqué. Léger œdème des membres inférieurs. Pas d'albumine dans les urines. Nous crûmes tout d'abord à une cirrhose hypertrophique du foie. Le malade fut soumis au régime lacté, on lui donna du calomel. De la digitale, ordonnée plus tard, fut suivie d'une diurèse abondante. Le malade maigrit de 40 livres, son foie resta gros, ne diminua que peu à peu, mais l'ascite disparut et l'oppression avec elle. Mort 6 ans plus tard, en 1902, d'une pneumonie.

Obs. VII. — L'histoire du malade suivant est plus intéressante encore, parce que obèse (240 livres, taille 1m68) et gros buveur, il présenta, pendant toute l'année 1893, des accidents asystoliques graves, avec œdème des membres inférieurs, congestion des bases du poumon, urines albumineuses, foie énorme, lisse, débordant de 6 travers de doigt le rebord costal.

Le malade prenait tous les 15 jours environ de la digitaline (solution au 1 p. 1000, XX à XXX gouttes), il buvait du lait, mais ne cessa pas d'aller à la cave. Il continua de boire au moins une demi-bouteille de bordeaux tous les jours, plus sans doute tout ce qu'il refusait d'avouer. En dépit de nos pronostics très sombres, — nous traitions ce malade avec le Dr Levraut (de Nantua) — le malade guérit. Il ne maigrit que d'une vingtaine de livres, mais le cœur reprit de la vigueur et la mort ne survint que 8 ans plus tard, en 1901, à la suite d'un cancer de l'estomac.

Plusieurs particularités signalent ces dernières observations : l'un des malades guérit de son diabète avec le régime lacté. Un

second fut rétabli définitivement grâce aux injections de caféine. Un autre, qui ne présentait pas d'accidents cardiaques et ne montrait qu'un gros foie avec ascite, guérit avec le régime lacté et la digitale; un autre, ivrogne fieffé, continua de boire tout le temps, se remit quand même et mourut plus tard d'une maladie plus directement imputable à ses excès de boissons : d'un cancer de l'estomac.

Tous ces malades avaient des foies énormes, et cette augmentation de volume du foie a exercé peut-être son influence dans le peu de gravité du pronostic. Mais la cause essentielle de la guérison semble avoir résidé dans l'amaigrissement. Tous ces sujets ont maigri d'un poids variant de 20 à 80 livres.

Le régime lacté seul ordonné avait produit cet amaigrissement. C'est que tous ces malades étaient des obèses par alcoolisme et suralimentation. Le lait, en leur fournissant une alimentation moins abondante et aussi plus favorable aux combustions intra-organiques, devait sans doute à cette double action la raison de son efficacité. Donner moins à manger, activer les oxydations, voilà une double formule à laquelle répond le régime lacté.

En résumé, chez les obèses à surcharge graisseuse du cœur, un double régime d'amaigrissement peut être institué :

1° Au début, le régime carné avec restriction des boissons, qui convient non seulement aux cœurs mous avec pouls faible, mais aussi aux cœurs qui luttent contre l'hypertension artérielle, à condition toutefois que cette hypertension artérielle ne soit pas accompagnée de phénomènes de toxémie rénale.

2° Quand la maladie est plus avancée, que le cœur est dilaté fortement, que les gros œdèmes se sont montrés, et surtout que le foie est fortement hypertrophié ; quand aussi aux phénomènes d'hypertension artérielle, s'adjoignent des accidents de toxémie rénale, le régime lacté est préférable. A noter en pareil cas et surtout quand les accidents se portent sur le foie, le pronostic souvent favorable de pareils états morbides qui peuvent se terminer par une guérison complète et définitive, la mort survenant au bout de longues années par une affection d'un tout autre ordre.

III. — *A propos d'un cas de tympanisme abdomina causé par l'aérophagie,*

par M. Albert Mathieu.

Depuis environ trois ans, je me suis aperçu que l'aérophagie est un phénomène très fréquent chez les dyspeptiques. M. Bouveret, de Lyon, avait vu que l'aérophagie explique le hoquet spasmodique de certains hystériques, et c'est la connaissance de son travail qui m'a permis de me rendre compte que la prétendue flatulence de certains dyspeptiques est également attribuable à la déglutition de l'air atmosphérique. M. Bouveret, dans un travail qui a suivi de près la communication que j'ai faite sur ce sujet à la *Société médicale des hôpitaux*, avec mon élève regretté Follet (1), est arrivé à des conclusions identiques aux nôtres.

Depuis cette époque, l'observation clinique m'a démontré la fréquence inattendue de l'aérophagie chez les dyspeptiques nerveux; il n'est pas de semaine où je n'en voie plusieurs cas indiscutables. Je suis, du reste, arrivé à cette formule clinique que, lorsqu'il se produit une demi-douzaine au moins de renvois gazeux en série, à la suite les uns des autres sans intervalle, on peut affirmer l'aérophagie. Parfois les éructations sont extrêmement nombreuses : on peut en compter des centaines et des milliers par jour. Un notaire de province, homme exact et méticuleux par profession, avait compté ses rôts; il en avait de 5 à 6.000 par jour. Remarquez qu'il ne rôtait ni la nuit au lit, ni lorsqu'il était en conférence avec un client. Il se rattrapait dans les autres moments.

Règle générale, le dyspeptique n'a pas conscience de son aérophagie. Il prend le bruit produit par la déglutition d'une gorgée d'air pour un bruit d'expulsion, pour un véritable rôt. Il ne s'aperçoit pas, lorsque les rôts véritables se produisent qu'ils sont consécutifs à des ingestions d'air dans l'estomac. Lorsqu'on

---

(1) *Société méd. des hôpit.*, 1er mars 1901.

a réussi à lui démontrer son erreur, le plus souvent la guérison de l'aérophagie est facile, et sa suppression amène souvent un soulagement très marqué tout autant psychique parfois que physique.

Mais je ne veux pas revenir sur la séméiologie de l'aérophagie que j'ai traitée à fond ailleurs (1), et je veux me borner à vous rapporter sommairement un fait qui démontre que l'aérophagie peut être la cause méconnue d'un tympanisme abdominal bien analogue au tympanisme abdominal des hystériques.

Une jeune fille de vingt-cinq ans est entrée dans mon service le 3 décembre dernier. Elle déclarait souffrir de l'estomac depuis environ cinq ans. Elle avait fait un séjour assez prolongé dans le service du professeur Dieulafoy, au mois de juillet précédent. Là on lui fit des lavages de l'estomac qui la soulagèrent beaucoup. Le matin à jeun on retirait, dit-elle, environ un demi-verre de liquide jaunâtre. L'analyse du suc gastrique aurait démontré aussi un degré assez élevé d'hyperchlorhydrie. Elle présentait de plus des douleurs tardives intenses, des crampes quelquefois violentes, et dans cet ensemble symptomatique, il est facile de reconnaître le syndrome de Reichmann. Il ne paraît n'y avoir jamais eu ni hématémèse ni mélœna.

Au moment de son entrée dans mon service, les chaleurs étaient beaucoup moins intenses ; mais la malade déclarait les éprouver presque en permanence. Les médications les plus diverses n'ayant pas amené d'amélioration sensible, et la malade présentant un degré marqué d'excitation nerveuse, je résolus de l'isoler, bien qu'il n'y eût pas chez elle de stigmate hystérique.

L'isolement amena une détente évidente, mais toutefois une détente incomplète.

Tout à coup, le 25 décembre, le ventre augmente brusquement de volume, et le lendemain on constate un tympanisme marqué, tout à fait analogue au tympanisme hystérique.

---

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 16 octobre 1902.

Ce tympanisme persista jusque vers la fin de janvier tantôt augmentant, tantôt diminuant; plus marqué lorsque la constipation avait été intense.

L'examen de l'abdomen avait montré qu'il n'y avait aucun abaissement du foie; par conséquent, il était difficile d'admettre l'existence du spasme du diaphragme qui paraît avoir expliqué certains cas de tympanisme hystérique.

J'étais très intrigué par ce tympanisme dont le mécanisme m'échappait, lorsqu'on s'aperçut que la malade faisait à certains moments des mouvements de déglutition, comme si elle avalait sa salive coup sur coup, et l'on sut alors que ces crises de déglutition spasmodique existaient déjà depuis le début du tympanisme abdominal.

Il nous vint alors l'idée qu'il devait s'agir de mouvements de déglutition aérophagique. La malade fut sermonnée; il lui fut enjoint de cesser ces mouvements de déglutition; mon interne, M. Mauban, y tint sévèrement la main et, dès le lendemain, le tympanisme abdominal avait presque complètement disparu.

Malheureusement, la malade ayant réclamé sa sortie, l'expérience ne put durer que trois jours : elle nous a cependant paru démonstrative. Il semble bien que, dans ce cas, le tympanisme ait été dû à une aérophagie plus difficile à dépister parce qu'elle était silencieuse et ne s'accompagnait pas du bruit qui, le plus souvent, simule l'éructation gazeuse chez les aérophages.

Tout incomplète qu'elle soit, cette observation nous a paru digne de vous être soumise. Elle paraît démontrer que le tympanisme analogue au tympanisme hystérique, peut être dû à la déglutition de l'air atmosphérique.

Rien d'étonnant à ce que l'insufflation de l'intestin puisse se faire par ce mécanisme aussi bien que l'insufflation stomacale que certains sujets exécutent sous vos yeux en quelques instants. En effet, l'air introduit s'échappe en partie par l'intestin et le nombre des émissions gazeuses par l'anus, auquel se trouvent amenés bon nombre d'aérophages, trouble souvent leur quiétude et celle de leurs voisins.

Ce qui doit surtout intéresser les thérapeutes dans l'histoire de l'aérophagie avec ou sans éructation, avec ou sans tympanisme abdominal, c'est qu'il est souvent très facile d'en amener la guérison. Il suffit d'obtenir que le malade renonce à produire les mouvements de déglutition à vide par lesquels il charge son estomac à la façon d'un fusil à vent.

Avec les gens intelligents qui comprennent, le succès est immédiat. Avec les gens moins intelligents qui sont étonnés et blessés de ce soupçon d'aérophagie, on échoue parfois. Ils continuent à déglutiner de l'air, ils restent aussi venteux que par le passé. Ils continuent à faire appel sans succès aux médicaments antifermentescibles ou absorbants qui doivent les débarrasser de leur flatulence. L'irritation médicamenteuse de l'estomac est une complication fréquente bien qu'indirecte de l'aérophagie.

M. Bardet. — La question des gaz produits par le tube digestif et de l'aérophagie est extrêmement intéressante, et bien des opinions ont été émises à leur sujet. Moi-même il y a quelques années, j'ai communiqué à la Société de médecine pratique une observation à ce sujet. Ayant pu recueillir des gaz éructés par un malade en pleine crise d'hyperchlorhydrie paroxystique, j'ai pu constater que les gaz émis contenaient une quantité considérable de CO^2. J'ai même expliqué la production de ces masses de gaz, si considérables, par une exosmose gazeuse se passant à la surface des glandes gastriques.

En effet, il n'y avait pas lieu de croire à une action de fermentation, car le renouvellement était pour ainsi dire permanent et l'on sait que la production de gaz par fermentation, quelque abondante qu'on la suppose, ne permet pas d'admettre une action aussi rapide. Quant à la question de l'aérophagie je ne pouvais y croire, puisque je constatais dans les gaz rejetés la présence d'une quantité de gaz carbonique de beaucoup supérieure à celle de l'air.

Malheureusement je n'ai jamais pu retrouver des conditions d'expérimentation semblables. J'ai plus d'une fois fait l'analyse

des gaz d'éructation et jamais je n'ai pu constater à nouveau la présence d'une quantité notable d'acide carbonique. Dernièrement encore, prévenu par M. Mathieu de la communication qu'il devait faire, j'ai voulu reprendre une dernière fois la question. J'ai donc recueilli avec le plus grand soin des gaz, chez plusieurs malades au cours d'une crise gastrique. Je dois dire qu'en surveillant un des malades, qui d'ailleurs étudiait soigneusement le phénomène sur lui-même, il nous fut à l'un et à l'autre impossible de noter l'avalement de l'air : la salive était avalée de la manière la plus naturelle du monde. De temps en temps le malade souffrait de crampes, une grosse éructation volontaire était pratiquée, rejetant d'un seul coup jusqu'à 250 cc. de gaz, ce qui amenait la disparition de la distension douloureuse, puis au bout de cinq minutes il fallait recommencer.

J'ai pu recueillir ainsi plusieurs prises de gaz, soit au total chez chacun de ces trois sujets trois litres en plusieurs prises de petits volume. L'analyse m'a donné exactement la composition de l'air, sans la moindre augmentation de l'acide carbonique. Par conséquent je suis forcé de revenir sur l'opinion que j'émettais avec réserves en 1893. Certainement l'air éructé provenait d'aérophagie, malgré les apparences. Je suppose donc que, dans le cas rapporté en 1893, je me suis trouvé, par hasard, recueillir une petite quantité de gaz provenant de fermentations, fait qui, depuis, ne s'est jamais renouvelé. Mais aujourd'hui, après examen, j'admets avec M. Mathieu et presque tous les neurologistes qu'il s'agit uniquement d'aérophagie dans les grands accès d'éructations.

Mais j'ai voulu serrer le problème de plus près. Je disais tout à l'heure que, malgré la surveillance du sujet particulièrement étudié, je n'avais pu le prendre en flagrant délit d'avalement d'air. Cependant, en l'interrogeant j'ai pu constater qu'il accusait de fréquents spasmes du pharynx, spasmes souvent pénibles pendant lesquels se produisaient de véritables mouvements de déglutition convulsive, répétée pendant quelques minutes. Ces

accès se produisaient notamment toutes les fois que des sensations gastriques pénibles se produisaient.

Le sujet est un homme des plus sérieux, mais il n'en est pas moins, comme tous les dyspeptiques hypersthéniques, un véritable nerveux, et cette manifestation spasmodique une fois mise en lumière vient éclairer d'un jour très suffisant l'étiologie de ses crises d'éructation.

J'ai voulu arrêter celles-ci par le procédé que notre collègue Mathieu m'avait indiqué et qu'il vient de nous décrire, ouvrir la bouche et la maintenir ouverte. Mais j'avoue que le sujet a trouvé le moyen très pénible. Il fallait, en effet, maintenir les mâchoires écartées avec un bouchon de caoutchouc. Certes la déglutition ne pouvait plus se produire, mais le spasme pharyngien apparaissait et les efforts de déglutition devenaient si douloureux que le sujet renonça et préféra subir le supplice de l'éructation.

J'estime que, pour obtenir un bon résultat, ce procédé mécanique est insuffisant et qu'il faut exercer une action calmante locale sur la muqueuse gastrique, dont l'irritation provoque certainement le spasme de déglutition.

Je suis heureux que M. Mathieu m'ait fourni l'occasion de revenir sur une de mes anciennes communications et de bien établir que l'observation d'un cas unique m'avait entrainé à des suppositions erronées.

FORMULAIRE

Névralgie intercostale.

Badigeonnages avec :

Gaïacol	5 gr.
Essence de térébenthine	35 »
Alcool de lavande	120 »

Potion contre la bronchite fébrile des arthritiques.

Eau de laitue	200 gr.
Alcoolature de racine d'aconit	1 » 50
Teinture de sem. de colchique	4 »
Eau de laurier-cerise	6 »
Sirop simple	50 »

Une cuillerée à bouche toutes les 2 heures.

Mélange pour inhalations dans les affections bronchiques ou pulmonaires.

Menthol	1 gr.
Eucalyptol	1 »
Essence de thym	5 »
— de lavande	5 »
Teinture de tolu	10 »
Alcool à 90°	100 »

Mettre une cuillerée à café de ce mélange dans une casserole d'eau bouillante qu'on recouvrira d'un entonnoir ou d'un cornet en carton, et aspirer les vapeurs par la douille de l'entonnoir.

Cette médication réussit également bien comme traitement du coryza.

On peut encore plus simplement faire une infusion d'eucalyptus dans laquelle on verse un filet d'une solution de menthol à 1 p. 100.

Le Gérant : O. DOIN

IMP. F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE. — PARIS-6e

BULLETIN



La statistique médicale de la marine. — La lutte contre les charlatans. — Nouvelle profession pour les aveugles. — L'assistance de la vieillesse. — Un remède contre la paralysie. — Les villes sans fumée. — Les suites de la symphyséotomie. — Cours d'eau et poissons.

Il est à craindre que le ministre de la Marine ne continue pas l'établissement de la statistique médicale de ce département. M. Chervin signale dans le *Bulletin médical* que les employés des bureaux chargés de cette « utile et particulièrement démocratique besogne » viennent d'être disposés aux quatre vents de l'administration de la rue Royale. Il voudrait bien qu'on rappelât « que la loi prescrivant l'établissement d'une statistique médicale vaut la peine d'être respectée, surtout au point de vue social et de la préservation de la santé des enfants du peuple qui alimentent l'armée de mer ».



On essaierait de lutter en Allemagne contre les annonces et les réclames des charlatans en s'adressant non pas à la justice criminelle, mais à la justice civile. C'est ainsi qu'un médecin de la ville de Breslau a intenté une action contre un droguiste qui, depuis longtemps, publiait des annonces dans les journaux politiques comme quoi il guérissait radicalement et sans récidives

tous les cas, sans exception, de bégaiement « avec garantie par écrit ». L'affaire est venue devant la Chambre civile, le 21 octobre. L'expert, le professeur Wernicke, a déclaré qu'en l'état actuel de la science, nul ne saurait promettre la guérison à tous les bègues sans récidives, et encore moins donner des assurances par écrit. Le tribunal a condamné le droguiste à cesser ses annonces sous peine d'une amende de 100 marks pour chacune des infractions à cet arrêté.



Il parait qu'au Japon les aveugles remplissent à la satisfaction de tous les fonctions de masseurs. Aussi M. Matignon qui les a vus à l'œuvre, pense qu'on aurait tout avantage en France, au moment où le massage commence à se répandre, à apprendre à ces infortunés ce métier qui leur permettrait de gagner leur vie. Ils auraient des débouchés dans les villes d'eaux, dans les établissements hydrothérapiques. On pourrait en adjoindre quelques-uns dans les salles d'armes et de gymnastique. Et tout le monde trouverait son avantage à cette innovation, depuis la Société qui utiliserait des forces encore là méconnues, jusqu'à la femme pudibonde qui pourrait abandonner ses formes aux mains de son opérateur sans crainte de regards indiscrets et troublants.



Puisque les lits d'hospice manquent au point qu'un tiers des vieillards qui sollicitent leur placement meurent avant d'avoir pu l'obtenir, M. Félix Roussel propose de faire pour les vieillards ce qu'on fait pour les aliénés, c'est-à-dire des colonies familiales de vieux.

On remplacerait l'hospitalisation par le placement libre chez l'habitant, au grand air de la campagne. Avec les hospices, les places sont limitées; avec le système de M. Roussel, on trouvera facilement autant de familles qu'on aura de vieillards à placer.

Sans compter que ce mode de placement a l'avantage d'être plus économique que l'hospice : d'après M. Roussel, le vieillard placé dans une famille coûtera moitié moins.



Un médecin de Long Island City s'est avisé, et avec succès dit le *Journal*, d'appliquer à des paraplégiques ou ataxiques un nouveau remède : le venin de serpent. La vésicule du crotale fournirait un suc capable de redonner des jambes à tous les paralysés abandonnés par les médecins. Mais comme ce reptile n'est pas de la plus grande docilité et qu'on ne peut aisément lui ravir, sans danger le produit qu'il sécrète, on l'a délaissé pour employer le venin du gila, lézard monstre de l'Amérique centrale, d'humeur plus facile, et dont les propriétés curatives sont, paraît-il, également merveilleuses.



On vient de mettre à l'épreuve un procédé, trouvé à Londres pour supprimer les fumées des manufactures, si incommodes et si malsaines dans les grandes villes. Il suffit, semble-t-il, de mêler au charbon une certaine quantité de salpêtre : celui-ci provoque en brûlant une oxygénation intense qui active la combustion. L'idée d'utiliser le salpêtre dans ce but résulterait de cette observation que certains tabacs qui en contiennent, continuent à brûler même lorsque la cigarette est posée sur un objet quelconque. Puissent les essais entrepris répondre aux espérances et arriver à rendre plus saines et moins tristes les villes industrielles !



La symphyséotomie ne serait pas aussi bénigne qu'on veut bien le dire. Il résulte de la communication faite par M. Tissier

à la *Société d'obstétrique* de Paris que sur vingt symphyséotomisées reçues à l'asile de convalescence de Fontenay, seize avaient des troubles fonctionnels très marqués : douze présentaient de l'incontinence d'urine; huit avaient des traces de phlébites, enfin la plupart de ces femmes marchaient difficilement. On comprend qu'avec de tels résultats les accoucheurs aient pour la plupart renoncé à la pratique de cette opération.



On ne veille pas assez, en France, à éviter la contamination des cours d'eau et à ne pas nuire à la vie et à la multiplication des poissons. Ceux-ci constituent cependant une ressource alimentaire qu'il importe de ne pas tarir. Dans ce but, le Syndicat des pêcheurs à la ligne a adressé aux pouvoirs publics un appel réclamant l'installation d'usines d'expérimentation permettant de mettre en évidence des procédés rapides et peu coûteux d'épuration soit des eaux d'égout, soit des eaux résiduaires des diverses variétés d'industrie. Il semble qu'il y a là, en effet, une bonne conception utilitaire, sauf à trouver les moyens financiers de réalisation pratique.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

La ration alimentaire utile du tuberculeux. Les dangers de la suralimentation,

par le Dr Fernand Barbary (de Nice).

« L'estomac du tuberculeux doit être entouré de soins pieux. »
(Cliniques de Peter.)

§ 1er. — Les dangers de la suralimentation

Les discussions récentes, ouvertes dans les Sociétés savantes, sur « l'importance du régime en quantité chez les dyspeptiques » ont soulevé des questions annexes de pathologie générale et, en particulier, la question très importante du danger possible de la suralimentation chez les tuberculeux.

Parmi les nombreux tuberculeux que, depuis sept ans, nous avons eu à traiter à Nice, il nous a été donné de recueillir des observations dont les conclusions nous paraissent venir, à leur heure, dans la question toute d'actualité de la *suralimentation utile* ou *dangereuse* chez les tuberculeux.

D'une façon générale, pour les esprits les mieux pensants, la tuberculose est une affection à laquelle correspond le schéma thérapeutique suivant :

Hygiène générale — cure d'air — antisepsie pulmonaire — injection du dernier remède le plus vanté et l'*inévitable*

suralimentation. Nous disons l'*inévitable* suralimentation, car, logiquement, elle paraît s'imposer. M. Albert Robin a prouvé, en effet, que, chez les tuberculeux, les combustions sont excessives, que leur nutrition est exagérément active. Dans de semblables conditions, la suralimentation paraît devoir être la base même du traitement de la tuberculose.

L'application stricte de la suralimentation est cependant une utopie par cela même que, si la *tuberculose semble réclamer la suralimentation*, *la plupart des tuberculeux ne peuvent pas la tolérer*.

Les malades et la maladie sont deux choses à considérer.

II

§ 2. — L'ESTOMAC DES TUBERCULEUX

Presque tous les tuberculeux sont des dyspeptiques. Là est le fait qu'il convient de mettre en lumière. C'est de cette notion qu'il faut se pénétrer si l'on veut, efficacement, nourrir les tuberculeux.

Depuis longtemps déjà, notre pratique courante nous a permis de constater que, si le schéma classique du traitement de la tuberculose devait être modifié, ce serait précisément en ce qui concerne la *suralimentation que l'habitude a rendue pour ainsi dire obligatoire*.

Les tuberculeux sont des malades fort peu semblables les uns aux autres ; si la maladie évolue chez eux avec des allures très différentes, c'est précisément dans le *fonctionnement du tube digestif qu'il faut presque toujours en rechercher la véritable cause*. Chez quelques rares tuberculeux, surtout au début, on peut ne rien rencontrer d'anormal du côté du tube digestif ; ces quelques privilégiés supportent admira-

blement la suralimentation, même établie comme une formule, de parti pris. D'autres sont des hypo ou des hyperchlorhydriques.

L'HYPERCHLORHYDRIE DOMINE CHEZ LES TUBERCULEUX

Il faut considérer les *tuberculeux* comme des *candidats à la dyspepsie*, parfois même comme des *dyspeptiques vrais*. Très souvent les tuberculeux peuvent prendre place dans la classe des dyspeptiques en état de misère physiologique, et nos observations nous ont montré, ce que M. Bardet a reconnu dans ses recherches sur les dyspeptiques, à savoir que, « chez les dyspeptiques en état de misère physiologique, « l'amaigrissement a souvent pour cause l'inondation des « humeurs par des liquides alimentaires surchargés d'am- « moniaques organiques qui les suralcalinisent et per- « mettent par cette réaction, des oxydations énormes, et « par suite une désassimilation intense et dangereuse ce « ce qui est la contradiction absolue d'une suralimenta- « tion azotée ».

Tous les médecins qui se sont occupés de tuberculose ont pu souvent constater qu'à *des lésions pulmonaires peu importantes d'après l'auscultation* coïncidait *un très mauvais état général du malade.*

Nous pouvons affirmer que, dans ce cas, le *tuberculeux est un dyspeptique* dont l'état général a plus à souffrir de la dyspepsie que des *bacilles*. En un mot, chez de semblables malades nous avons constaté que la suralimentation n'est qu'un *gavage* apparent dont la conséquence est une *auto-intoxication d'origine alimentaire* avec tout son cortège.

Il faut, comme le dit M. A. Robin, *alimenter* et non *suralimenter* les tuberculeux. « Lorsqu'on les suralimente avec de

« la viande, on augmente la tendance déjà exagérée de ces « malades à fixer de l'oxygène sur les tissus. »

Nous avons personnellement, comme M. Robin, constaté dans ces circonstances, des poussées congestives graves du foie et même des néphrites.

L'examen du tube digestif, l'établissement du régime en quantité pour chaque tuberculeux est aussi utile que l'examen des voies respiratoires. Nous ne croyons pas trop nous avancer en faisant cette déclaration. Entre toutes, nous avons choisi quelques observations types qui, jointes à ce travail, fourniront les preuves de ce que nous avançons.

Nombreuses sont les conclusions que nous pourrons en tirer.

§ 3. — La suralimentation réclame un tube digestif normal

La première conclusion qui s'impose est, que l'on *ne doit pas de parti pris, comme une formule,* appliquer la suralimentation à un malade parce qu'il est tuberculeux. La suralimentation, pour remède idéal qu'elle puisse paraître, *réclame un tube digestif normal.* Chaque malade a un estomac qui lui est propre, et les tuberculeux n'échappent pas à la règle. Avant toute chose, l'*examen de l'estomac, voire de l'intestin* s'impose. Deux cas peuvent se présenter :

1° Ou le tuberculeux a un tube digestif normal;

2° Ou le tuberculeux est un dyspeptique.

Tuberculeux non dyspeptique. — Si le tuberculeux a le privilège rare d'avoir un bon estomac, il conviendra encore de fixer pour lui un régime en quantité; d'augmenter progressivement, avec prudence la dose quotidienne de ses aliments. Dans ce cas il sera fort naturel d'essayer les moyens habituels, féculents, œufs, poissons, même viande crue ou

jus de viande, mais à la condition spéciale d'assurer l'asepsie intestinale.

Hygiène du tube digestif applicable à tous les tuberculeux. — Chez tous nos tuberculeux nous ne craignons pas d'ordonner des lavements, lavages quotidiens à l'eau boratée, d'ajouter un verre d'eau de Montmirail à prendre régulièrement chaque semaine, de ne donner comme boisson que de l'eau, du lait ou de la bière suivant les cas, de prescrire chez les dilatés avec hypochlorhydrie l'acide chlorhydrique et mieux la gastérine à la dose de trois cuillerées à soupe au milieu du repas dans du bouillon tiède.

Aux hyperchlorhydriques les alcalins, mais les alcalins terreux.

En un mot nous avons autant de souci de leur tube digestif que de leur état pulmonaire.

Nous avons donné des périodes de repos à l'estomac et à l'intestin; nous avons surveillé la fonction du foie. C'est *pour ne pas avoir agi avec prudence* que bien des praticiens ont attribué à la viande crue et au jus de viande, à la zomothérapie si l'on veut, des méfaits qui n'étaient que le résultat d'un *mode d'administration défectueux*. Nos observations I et III en sont des preuves. Elles démontrent, en particulier, combien est importante la question de la suralimentation chez les tuberculeux en collectivité.

Dans quelques sanatoria par exemple, les repas fixés d'avance sur un type identique, à des heures déterminées, comprennent une quantité voulue de légumes, d'œufs, de viande crue dont l'ensemble a la prétention de fournir à *chaque malade* le maximum de nourriture qu'un être humain *peut avaler*. Nous disons *avaler*, mais non *digérer*.

Le *gavage* fait trop souvent oublier que, pour chaque indi-

vidu, il est une dose de matériaux assimilables qu'il ne faut pas dépasser et que la *surcharge* est *toujours dangereuse.*

Tuberculeux dyspeptiques. — Le tuberculeux *est-il dyspeptique?* Avant tout, il conviendra de traiter sa dyspepsie, d'en rechercher la forme hypo ou hyperchlorhydrique.

Une alimentation appropriée à la dyspepsie peut paraître insuffisante pour un tuberculeux. C'est pourtant à cette dernière seule qu'il faudra avoir recours, jusqu'à ce que l'intégrité du tube digestif soit revenue.

Rien ne ressemble autant à un tuberculeux qu'un dyspeptique méconnu; puisque nous avons pu constater avec M. Bardet qu'une jeune femme traitée depuis longtemps pour de la tuberculose n'était en réalité qu'une dyspeptique. Cette femme, dans un état de misère physiologique extrême, pesait 34 kilogrammes; elle a été guérie par l'établissement d'un *régime* en *quantité* extrêmement réduite, alors que des tentatives de *suralimentation avaient aggravé* son état.

Si donc la simple dyspepsie peut entraîner une telle cachexie, que penser de l'état d'un tuberculeux dyspeptique, qui possède, joint à son facteur bacilles, celui d'une affection du tube digestif, capable de le cachectiser à elle seule?

Tous les tuberculeux dyspeptiques ne sont pas dans un tel état; mais même chez ceux qui présentent des symptômes de dyspepsie moins alarmants, les phénomènes d'auto-intoxication sont à redouter.

Parmi les malades dont nous avons recueilli les observations les uns ont présenté de la congestion du foie, d'autres de la néphrite que nous pourrions considérer comme l'*albuminisme* décrit par M. Bardet à la Société de thérapeutique. « Il s'agit bien là en effet d'un état morbide déterminé par « l'introduction dans l'organisme de matériaux amidés en

« quantité supérieure à la capacité uréopoiétique du foie. » (12 novembre 1902.)

D'autres, enfin, ont présenté les symptômes propres à l'intoxication secondaires à la dilatation d'estomac sans en excepter les accidents cardiaques (observations II et V).

Nous avons eu raison de ces différents accidents en appliquant, chez tous nos tuberculeux, une méthode rigoureuse visant un double but.

1° Traiter scrupuleusement la dyspepsie fréquente chez ces malades après avoir constaté en eux la forme hypo ou hyperchlorhydrique;

2° Chez tous, sains ou dyspeptiques, assurer l'asepsie et le fonctionnement normal et quotidien du tube digestif.

3° Chez tous enfin tâter la tolérance propre à chaque individu. Aussi peut-on mettre en pratique cette formule applicable réellement aux tuberculeux :

Connaître l'estomac de chacun d'eux et les nourrir en leur fournissant la dose alimentaire maxima capable d'être assimilée sans surcharge.

Comme documents à l'appui des considérations que je viens de développer, je fournis le tableau détaillé d'un certain nombre d'observations que l'on lira, je l'espère, avec fruit, car elles sont démonstratives.

OBSERVATION I

Observation de tuberculose à forme torpide. — Chez ce malade, des tentatives de suralimentation ont abouti à de l'auto-intoxication gastro-intestinale avec insomnie, température, troubles cardiaques, albumine.

C. L..., 24 ans. Nice, 1900. Poids, 52 kgr. 160. Mère et frère morts de tuberculose. Le malade lui-même a eu une hémoptysie il y a trois ans. Depuis, traité pour de la tuber-

culose. Nous sommes demandé en mars auprès du malade dont l'état général, depuis quelques jours, donne de l'inquiétude à son entourage.

EXAMEN

Poumons à gauche.	Au sommet, en arrière, frottements, râles fins, crépitants. En avant, sous la clavicule, râles crépitants.
Poumons à droite.	En arrière, matité légère, frottements, respiration rude, expiration prolongée. En avant, rien d'anormal.
Cœur.	Pas de souffle, mais léger bruit de galop.
Foie.	Déborde légèrement les fausses côtes.
Estomac.	Très dilaté. Le malade souffre de gonflement après les repas.
Intestin.	Constipation fréquente suivie de débâcles. Langue très sale.
Etat général.	Très mauvais. Dès que le malade veut faire un effort un peu brusque, la respiration devient courte, haletante. Les battements du cœur sont précipités. La température oscille entre 37° le matin et 37-38° le soir.
Crachats. Examen microscopique.	L'examen donne 8 à 10 bacilles de Koch par champ visuel, et quelques streptocoques avec un grossissement 1.200.

Examen des urines. — Indique de l'anurie, de la phosphaturie et 42 centigrammes d'albumine par vingt-quatre heures.

Traitement suivi à cette époque :

1° Cure d'air ;

2° Injections de cacodylate de soude ;

3° Suralimentation.

La *suralimentation* était ici un véritable gavage à en juger par ce qui suit :

1° *Aux repas.* — Potages, viandes grillées, poissons, féculents, dessert, champagne, café.

2° *En dehors des repas.* — 5 à 6 œufs par jour, 2 litres de lait, tartines de beurre, viande crue, suc de viande.

Le tableau de la viande crue et du suc de viande fera voir à quelle dose, en dehors d'une nourriture très suffisante le malade était parvenu.

		SUC DE VIANDE	VIANDE CRUE
Janvier	30	480 gr.	145 gr.
Février	1er	550 »	135 »
—	2	550 »	105 »
—	3	550 »	110 »
—	4	510 »	130 »
—	5	550 »	75 »
—	6	550 »	60 »
—	7	600 »	125 »
—	8	510 »	180 »
—	9	600 »	185 »
—	10	580 »	120 »
—	11	530 »	» »
—	12	560 »	120 »
—	13	600 »	125 »
—	14	580 »	120 »
—	15	» »	65 »

	SUC DE VIANDE		VIANDE CRUE	
Février 16	»	»	80	»
— 17	»	»	90	»
— 18	»	»	110	»
— 19	570	»	55	»
— 20	520	»	»	»
— 21	540	»	75	»
— 22	610	»	120	»
— 23	525	»	60	»
— 24	650	»	»	»
— 25	550	»	100	»
— 26	620	»	50	»
— 27	500	»	45	»
— 28	630	»	»	»
Mars 1er	570	»	80	»
— 2	425	»	»	»
— 3	450	»	»	»
— 4	»	»	»	»
— 5	»	»	»	»
— 6	»	»	»	»

La dilatation d'estomac — l'atonie intestinale — les phénomènes secondaires tels que les cauchemars, les indispositions subites la nuit vers 2 heures du matin, l'albumine constatée dans les urines, nous conduisent à songer qu'en dehors de l'infection bacillaire le malade présente des symptômes d'auto-intoxication gastro-intestinale, Le tuberculeux est un dyspeptique avec dilatation par atonie que la suralimentation surcharge de toxines.

Nous soumettons le malade à des lavages de l'intestin, au sulfate de magnésie à doses fractionnées et quotidiennes, à l'eau de Montmirail prise deux fois par semaine.

Comme alimentation, régime lacté, quelques légumes en purée.

Après une quinzaine de jours la température est descendue progressivement à la normale. Le malade a des

nuits d'un sommeil tranquille mais l'atonie gastro-intestinale persiste. Le Dr Frémont demandé en consultation fait un examen du suc gastrique qui donne de l'*hypochlorhydrie* très nette.

Un régime est institué. Régime alimentaire et *gastérine*. Continué pendant trois mois environ ce régime permet au malade de reprendre peu à peu une alimentation azotée, des féculents.

Dans la suite, on augmente progressivement la dose alimentaire quotidienne tout en surveillant de très près le fonctionnement du tube digestif, antisepsie intestinale, purgatifs légers, lavages de l'intestin, *gastérine* à petites doses, massages de l'estomac.

Les symptômes aigus disparaissent peu à peu, le traitement spécifique de l'affection bacillaire repris dès lors procura au malade une amélioration qui dure encore.

Examen d'urine fait en pleine suralimentation mal dirigée avec auto-intoxication gastro-intestinale et albumine.

Volume 700 cc.

	par litre	par 24 heures	
	—	—	
Urée	18,40	12,88	1/50e
Acide urique	0,36	0,252	
Acide sulfurique	3,12	2,18	1/3e8
Chlorure de sodium	9,34	6,53	
Chlore	5,66	3,96	
Acide phosphorique	4,86	3,40	
Acidité totale en Ph^2O^5.	3,10	2,17	
— *en SO^4H^2*	1,60	1,085	

Albumine 0,42 *centigrammes par* 24 *heures.*

OBSERVATION II

Cardiaque et tuberculeux dyspeptiques. — Chez ce sujet, le traitement de l'affection au second degré n'a pu être suivi pendant cinq années que grâce à la surveillance étroite du tube digestif.

M. L. P. vu pour la première fois en 1895.

Antécédents personnels : Enfance délicate ; il y a cinq ans a été traité pour de la dyspepsie avec hyperchlorhydrie par M. Hayem.

Antécédents héréditaires : En 1895, à notre premier examen, le malade dont l'état général est très mauvais présente :

Poumons à gauche.	En arrière, au sommet craquements, râles humides en avant, râles crépitants.
Poumon à droite.	Frottements, respiration rude.
Cœur.	Souffle à la pointe au premier temps.
Estomac.	Dilatation et atonie.
Larynx.	Granulations, œdème des cordes vocales.
État général.	Très mauvais, fièvre, sueurs nocturnes, amaigrissement.

TRAITEMENT

Antisepsie des voies respiratoires, inhalations, gargarismes, cure hygiénique, cure d'air, cure thérapeutique, injections d'huile créosotée au 1/15e (méthode de Gimbert). Régime alimentaire : lait, œufs, viandes grillées, féculents, poissons, beurre et deux fois par jour peptone sèche dans du bouillon.

Durant deux années ce traitement a été interrompu très fréquemment par des accidents du tube digestif : embarras gastrique simple, crise d'intolérance gastrique et enfin dyspepsie hyperacide qui a nécessité un régime particulier composé de lait, d'œufs, de féculents, un peu de poisson et très peu de viande.

Durant ces deux années, l'infection tuberculeuse n'a pas subi de grands changements ; le malade a de la toux accompagnée de crachats surtout le matin. Par crises les poumons subissent des poussées congestives qui s'amendent avec les révulsifs : pointes de feu, ventouses, etc.

De 1897 à 1898, une transformation nette s'opère dans la maladie. Le régime sévère et la surveillance du tube digestif ont permis une alimentation sinon abondante du moins régulière. Le malade a dû cependant à la suite d'une ou deux crises d'hyperacidité se faire des lavages d'estomac auxquels du reste il est habitué. Sous l'influence du régime alimentaire du côté estomac, sous l'influence de l'antisepsie pulmonaire, des révulsifs, de l'hygiène générale, d'un traitement du larynx par un spécialiste, enfin d'une cure d'air et de lait à la campagne durant l'été, une amélioration très manifeste se montre vers le milieu de 1898, et quoique les troubles digestifs n'aient jamais permis la suralimentation tentée à plusieurs reprises sous forme de viande crue et de jus de viande, à la fin de 1898, le malade pèse 60 kilogrammes — 10 kilogrammes de plus qu'en 1895 ; les sueurs et la température avaient disparu, l'appétit était bon, les lésions pulmonaires en voie de régression se localisant seulement au sommet gauche.

Au régime alimentaire on associa une solution chlorhydrique à prendre aux repas.

A ce moment des symptômes de dilatation d'estomac se

montrèrent de nouveau, et l'examen prouva que le malade, jusqu'alors hyperchlorhydrique, était devenu franchement hypochlorhydrique.

En 1899-1900, le malade put supporter facilement des atteintes de grippe qui détermina seulement des poussées congestives au sommet gauche de courte durée.

En 1901, le malade qui, autrefois, s'était plaint à de rares intervalles de palpitations eut à souffrir de symptômes cardiaques nouveaux. L'auscultation révéla de l'hypertension cardiaque et artérielle, probablement secondaire à de l'auto-intoxication d'origine gastrique.

L'examen des urines révéla des urates et de l'acide urique en excès, des traces d'albumine. On institua donc un traitement basé sur le régime alimentaire lacto-mitigé, et les diurétiques et toniques du cœur : iodure de caféine, iodure de sodium, etc.

Les symptômes s'amendèrent pour reparaître en 1902. Une analyse, faite en mai 1902 par M. Gautrelet, démontre bien qu'il s'agissait de troubles vasomoteurs secondaires à des troubles fonctionnels du foie, à de la dyspepsie catarrhale hypochlorhydrique, à de la neurasthénie par auto-intoxication.

Le fonctionnement défectueux du tube digestif chez ce malade a toujours été le grand obstacle au traitement de sa maladie.

Il est à remarquer cependant que, grâce à la surveillance établie de ce côté, la cure antituberculeuse a pu être suivie de très près.

Le malade est aujourd'hui en voie de guérison. Le poumon droit, à l'auscultation, paraît normal; le poumon gauche présente seulement à son sommet et en un point très limité, de la matité et des frottements, pas de toux,

pas de crachats, à l'examen pas de bacilles. Enfin, malgré l'*impossibilité de la suralimentation*, M. L., qui, en 1895, pesait 50 kilogrammes pèse actuellement 62 kg. 500. Son état général est excellent. Il dirige avec facilité un commerce très important, et l'on peut dire que M. L. n'est plus un tuberculeux mais un dyspeptique chez lequel les écarts de régime déterminent des troubles secondaires à de l'auto-intoxication, troubles cardiaques et apparition d'albumine.

POIDS

1893. —	Octobre	51	kgr.	200
1894. —	Janvier	53	»	
	Février	52	»	500
	Mars	51	»	500
	Avril	50	»	500
	Juillet	49	»	600
	Octobre	32	»	500
1895-97. —	Juillet	50	»	
	Septembre	56	»	
	Octobre	57	»	
	Décembre	59	»	500
1898. —	Mai	60	»	400
1899. —	Janvier	59	»	400
	Mai	60	»	
	Octobre	62	»	500
1900. —	Janvier	64	»	
	Mai	63	»	
	Avril	63	»	
1901. —	Août	64	»	
1902. —	Février	62	»	
	Mai	61	»	
1903. —	Janvier	62	»	500

Liquide stomacal

		23 février 1892			24 octobre 1892			21 avril 1893			25 janvier 1894		
		Hyper. +	Normal =	Hypo —	Hyper. +	Normal =	Hypo —	Hyper. +	Normal =	Hypo —	Hyper +	Normal =	Hypo —
Acidité totale.....	A	254	......	......	300	......	......	274	......	......	296	......	......
HCl libre.........	H	95	......	......	160	......	......	120	....	......	......	45	......
HCl combiné.....	C	190	......	......	178	......	......	......	172	......	......	174	......
Chlorhydrie.......	H + C	285	......	......	336	......	......	292	......	......	....	219	......
Chlore total......	T	283	......	......	401	......	......	375	......	......	346	......	......
Chlore minéral fixe.	F	......	......	98	......	......	63	......	......	83	127	......	......
Coefficient........	$\frac{A - H}{C}$	......	83	......	......	......	78	......	89	......	128	......	......
Coefficient........	$\frac{T}{F}$	......	......	......	......	......	......	4.25	......	......	......	......	2.72
Peptones..................		assez abondants.			assez abondants.			assez abondants.			assez.		
Réactions de l'HCl.........		constatées.			intenses.			constatées.			constatées.		
Résidu....................		coloré.			coloré.			coloré.			coloré.		
Acides gras............		rien.			réaction faible.			réaction acétique faible.			rien.		
		Liquides abondants, peu de résidus alimentaires.						*Liquides abondants, peu muqueux.*					

ANALYSE D'URINE

Résultats docimasiques

Volume en 24 heures 900cc.

ÉLÉMENTS NORMAUX	Dosage par litre d'urine examinée	Dosage par 24 heures	Normales en 24 heures pour le sujet examiné	Rapport à la normale représentée par 100
Eléments fixes à +100° C.	53.18	47.86	70.60	67
Acidité totale dosée en (PHO^5)	0.80	0.72	2.10	34
Chlore (des chlorures).	6.60	5.94	7.00	84
Urée	22.09	20 61	31.50	65
Acide urique (total	0.32	0 28	0.70	40
Acide phosphorique (total)	2.10	1.89	3.50	54
Urobiline	0.32	0.28	0.70	40
Uroérythrine	0.20	0.18		
Leucomaïnes	abondantes			
Mucine	traces nettes			

Éléments anormaux

Glucose (sucre diabétique) ..	Traces très faibles non dosables
Acides biliaires	Traces très faibles
Sérine (albumine vraie)	Traces nettes
Peptones	0.40... 0.36

ANALYSES D'URINE

Conclusions séméiologiques.

1° Aberration de la nutrition (arthritisme d'origine diathésique), forme hypo-désassimilatrice (hyperacidité virtuelle) ;
2° Troubles fonctionnels du foie ;
3° Dyspepsie catarrhale-hyperchlorhydrique ;
4° Neurasthénie par auto-intoxication.

Résumé comparatif.

Cette urine diffère d'une urine normale par :
1° L'augmentation des éléments normaux
absolue : leucomaïnes,
relative : chlorures;
2° La diminution des éléments normaux
absolue : d'ensemble,
relative : acidité-phosphates;
3° La présence des éléments anormaux
glucose — acides biliaires,
peptones.

OBSERVATION III

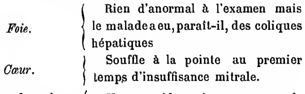
Suralimentation chez un tuberculeux cardiaque ayant abouti à de l'insuffisance hépatique et à l'albuminurie.

M. C. M., 35 ans. Pas d'antécédents héréditaires.

En 1895, a eu une congestion pulmonaire. Quelque temps après une hémoptysie se déclare. De 1895 à 1896, fut traité par les injections d'huile créosotée de Gimbert. En 1896-1897-1898, pas de traitement suivi.

Nous avons vu le malade en 1898-1899.

Poumons à droite.	Respiration rude, matité au sommet en arrière. En avant, rien d'anormal.
Poumons à gauche.	En arrière au sommet frottement, expiration prolongée.
Estomac.	Dilatation très nette; le malade se plaint de mauvaises digestions.



Foie.	Rien d'anormal à l'examen mais le maladea eu, paraît-il, des coliques hépatiques
Cœur.	Souffle à la pointe au premier temps d'insuffisance mitrale.
Examen des urines en 1899 avant l'auto-intoxication intestinale.	Urates-acide urique — pas de sucre — pas d'albumine.

État général assez bon — le malade sort chaque jour, se livre à ses occupations sans trop de fatigue. Il fait de l'hygiène et se soigne fort bien — pas de température — poids 53 kg. 100.

Examen bactériologique.	Bacilles tuberculeux n° 3 de l'échelle de Gaffky. Leur caractère est maladif, dégénére.

En 1899-1900, nous avons suivi ce malade qui, sous l'influence d'une cure hygiénique et d'une cure thérapeutique était très amélioré.

De 1900 à 1901 nous l'avions perdu de vue tout en ayant de ses nouvelles qui continuaient à être bonnes.

Fin 1901, commencement de 1902, le malade revenu à Nice nous fit demander. Il arrivait d'un sanatorium suisse, où il avait fait un long séjour. Le malade se plaignait d'une douleur au genou, d'enflure au pied droit et de palpitations.

Notre examen eut comme résultat de constater de l'œdème des membres inférieurs.

Les poumons, à l'auscultation, présentaient à peu près les mêmes symptômes que l'année précédente, toutefois le sommet gauche paraissait le foyer d'une poussée congestive.

Le malade se plaignait également de crises d'intolérance stomacale survenant par périodes et s'accompagnant de vomissements surtout bilieux jaunes ou verdâtres.

Le cœur présentait à l'auscultation un bruit de galop très net.

L'estomac était dilaté, le foie très gros. L'examen des urines indiqua de l'urobilinurie, une diminution de l'urée, de l'indicanurie et enfin 0 gr. 50 d'albumine par litre.

Depuis quelque temps, durant son séjour au sanatorium, M. C. avait été suralimenté, gavé de parti pris à des heures déterminées avec des rations faites sur un type identique pour tous les hospitalisés. Le gavage, remède obligatoire et sauveur, avait abouti ici à de l'auto-intoxication avec insuffisance hépatique et albuminurie.

Le cœur, les reins et surtout le tube digestif, estomac et foie, réclamaient un examen aussi sérieux que les poumons.

L'état général du malade relativement bon à son entrée au sanatorium était maintenant très mauvais. Ici la tuberculose jouait un rôle secondaire, les lésions étant relativement bénignes. M. C. qui aurait pu trouver un très grand bénéfice de sa cure d'altitude sous un climat très favorable, en revenait beaucoup plus malade et victime de l'obligatoire suralimentation.

L'amélioration que donna le régime lacté, puis l'alimentation mixte — des diurétiques, théobromines — lavements salés, etc., en fournit la preuve.

L'amélioration persiste encore actuellement sous l'influence du régime alimentaire nettement déterminé.

Résultat de l'analyse des crachats. — Dans les préparations on remarque des épithéliums alvéolaires et pavimenteux,

Beaucoup de globules blancs;

Pas de fibres élastiques;

Des bacilles tuberculeux n° 3 de l'échelle de Gaffky. Leur caractère est maladif dégénéré.

Cocci et diplococci.

OBSERVATION IV

Période de germination tuberculeuse favorisée et aggravée par un état dyspeptique négligé.

Mlle A... 18 ans. — Pas d'antécédents héréditaires.

Vue antérieurement par M. le professeur Grasset qui trouva un sommet droit douteux, prescrivit de l'hygiène générale et de l'hypophosphite de chaux; plus tard par un confrère de Paris qui la mit au régime de la viande crue et du jus de viande; enfin, par un confrère de Vichy qui l'envoya à Nice en 1900.

A cette époque, nous examinons Mlle A... Le malade a maigri de 2 kg. 500. Le visage présente une teinte subictérique très marquée, elle n'a aucun appétit et se plaint de lassitude. Elle tousse un peu le matin, mais ne crache pas.

A l'examen nous constatons.

Poumon à gauche.	Au sommet de la respiration rude et de l'expiration prolongée en arrière.
Poumon à droite.	En avant rien d'anormal, rien de net.

L'état du poumon nous paraît peu en rapport avec l'état général.

Le Cœur.	Paraît normal, mais la malade se plaint de palpitations survenant surtout la nuit.

Estomac.	La malade n'a pas d'appétit avons-nous dit; elle est oppressée après les repas, elle a parfois des indigestions accompagnées de syncopes ou de vomissements. A l'examen l'estomac très dilaté clapote au moindre mouvement.
Le foie.	Déborde les fausses côtes.

Les urines ne renferment ni sucre ni albumine, et n'indiquent qu'une grande déperdition de phosphate et de chlorure.

La lésion pulmonaire chez Mlle A. est donc des plus bénignes. Par contre, les voies digestives présentent une atonie presque complète avec dilatation stomacale intoxication gastro-intestinale.

Nous supprimons le régime qu'elle suivait jusque-là : viande crue, jus de viande, suralimentation.

Nous ordonnons comme hygiène du tube digestif des lavages de l'intestin quotidiens à l'eau boratée.

Deux fois dans la semaine, à jeun, un grand verre d'eau de Montmirail.

Au milieu du repas de midi un verre à bordeau d'une solution chlorhydrique à 4/1000, à prendre par série de huit jours.

Comme alimentation, des œufs, du lait, des purées de légumes, des potages, du pain grillé, du poisson, des féculents, café, eau pure et bière.

Nous traitons en même temps la période de germination tuberculeuse par des injections de cacodylate de gaïacol, par des révulsifs aux sommets : pointes de feu, gargarismes et lavages de la cavité buccale avec une solution

mentholée; cure d'air et de soleil. Le mieux ne tarde pas à se produire ; et deux mois après le début du traitement, les voies digestives en meilleur état permettent d'ajouter des viandes blanches, des viandes grillées. La malade engraisse. A ce mieux de l'état général correspond un mieux à l'auscultation du sommet douteux. L'été suivant la malade retourne à Vichy et, sur notre indication, elle consulte M. le Dr Frémont.

L'examen du *suc gastrique*, fait par M. le Dr Frémont, indique de l'hypochlorhydrie.

La malade suivie au point de vue du tube digestif est mise par M. Frémont au régime du suc gastrique naturel et en ressent rapidement les excellents effets ; elle prend une moyenne de 200 grammes de gastérine par jour pendant quatre mois et augmente de 6 kilogrammes.

L'année suivante elle suit encore une cure de gastérine.

Elle digère et assimile, va de mieux en mieux. Actuellement elle est aussi bien que possible.

Mlle A., traitée pour de la tuberculose suivant le schéma habituel, était donc surtout une dyspeptique. Son très mauvais état général n'était secondaire que pour une très faible partie à l'évolution tuberculeuse encore à la période de germination. La suralimentation chez cette malade n'aurait pu qu'augmenter les troubles dyspeptiques et par suite favoriser l'évolution de l'affection bacillaire sur un terrain privé de plus en plus de ses moyens de défense naturels.

Le traitement de son état dyspeptique a permis d'enrayer très facilement l'évolution de la période pré-tuberculeuse.

OBSERVATION V

Tuberculeux syphilitique, dyspeptique, hypochlorhydrique. Symptômes graves d'auto-intoxication gastro-intestinale.

V. A..., 38 ans. Pas d'antécédents héréditaires.

A 18 ans, excès vénériens. Jusqu'à 24 ans, surmenage physique.

A 25 ans, syphilis.

A 32 ans, première hémoptysie.

Un an après, seconde hémoptysie.

Dans la suite trois autres hémoptysies.

En 1898, nous voyons le malade pour la première fois.

Poumon à gauche.	Frottements, râles humides.
Poumon à droite.	Craquements, râles crépitants.
Cœur.	Rien d'anormal.
Estomac.	Pas de signes de dilatation, mais digestions pénibles au dire du malade.

Poids 65 kilogrammes.

M. V. A... passe des nuits très fréquentes au dehors, a une vie très agitée. Excès de toute nature.

Le traitement jusqu'à cette époque a été gaïacol, liqueur de Fowler, pointes de feu. Le malade qui, à chaque hémoptysie, a promis de se soumettre à un traitement sérieux, oublie ses promesses dès que les forces reviennent et reprend sa vie de fatigue.

Nous soumettons le malade au traitement suivant : injections d'huile créosotée au 1/15, 15 grammes, asepsie buccale par un gargarisme antiseptique, cure d'air et de repos, lever tard, coucher de bonne heure, fenêtres ouvertes.

Alimentation azotée abondante ;

Révulsifs par les pointes de feu.

Le mieux ne tarde pas à paraître.

Dans le milieu de l'hiver 1898 à 1899, le malade a une hémoptysie très grave. Notre enquête nous révèle que depuis quelques jours il a repris sa vie agitée d'autrefois, mauvaise hygiène, nuits de cercle.

Le malade fut mis en observation très sévère. De 1899 à 1900 il eut encore deux hémoptysies durant l'hiver. Son traitement consistait en injections de cacodylate de gaïacol, cure d'air, révulsifs, nourriture abondante, mais par petits repas. Le malade digérait admirablement et pesait 69 kilogrammes.

En 1901, il commence pour la première fois à souffrir de mauvaises digestions. Ballonnement après les repas, insomnies durant la nuit, cauchemars, l'estomac est dilaté, par poussées le foie présente de l'hypertrophie. Enfin du côté du pouls on constate de l'hypertension très nette.

Du côté des voies respiratoires on constate à l'auscultation une grande amélioration : matité légère aux deux sommets, quelques frottements, de la respiration rude à droite.

Pas de toux, pas d'expectoration.

Il y a donc eu malgré les écarts de régime du malade un mieux très manifeste dans la tuberculose elle-même.

Par contre, le tube digestif présente des symptômes de dyspepsie avec atonie et dilatation d'estomac avec auto-intoxication, gastro-entérite.

Nous soumettons le malade au traitement spécial suivant : lavages quotidiens de l'intestin avec de l'eau bouillie boratée.

Un verre d'eau de Montmirail par semaine, le matin à jeun. Au milieu du repas de midi un verre à Bordeaux d'une solution d'acide chlorhydrique à 4/1000.

Le malade pèse 65 kg. 500.

L'état général se maintient assez bon jusqu'en 1902. A ce moment, de lui-même, M. V. a voulu faire de la suralimentation.

Il prenait du jus de viande, des œufs en quantité, des viandes grillées. Les troubles dyspeptiques se montrent de nouveau.

L'estomac est très dilaté, le foie gros. La nuit, les cauchemars reparaissent et, dans l'espace de quatre à cinq mois, le malade tombe à 59 kg. 500.

L'état des poumons n'indique aucune aggravation. Respiration rude aux sommets, matité à droite.

C'est donc du côté du tube digestif exclusivement que nous devons chercher la cause du dépérissement du malade. A ce moment, nous donnons à M. V. la gastérine de Frémont qui nous avait déjà réussi dans les observations I et III. Sous l'influence de la gastérine à la dose de trois cuillerées à soupe par repas, les digestions se font plus facilement, l'assimilation devient régulière et, après quatre semaines environ, le malade se nourrit très suffisamment et sans troubles dyspeptiques. Il digère normalement, dort, et son poids remonte progressivement.

M. V. représente bien le type d'un tuberculeux à forme torpide avec dyspepsie hypoacide, poussées d'auto-intoxication secondaire. Les crises d'intoxication gastro-intestinale ont constamment entraîné chez le malade des poussées de déminéralisation.

Ici encore l'état dyspeptique était le plus grand auxiliaire de l'évolution tuberculeuse.

Voici l'analyse des crachats pratiquée à diverses époques par MM. Colin et Ardoin et l'analyse d'urine :

Analyses des crachats, 3 *mars* 1897.

Couleur blanc grisâtre, sans stries sanguinolentes. Consistance épaisse, gluante, élastique.

Éléments anatomiques observés :

Cellules épithéliales pavimenteuses. Epithélium des bronches. Globules muqueux et leucocytes. Fragments de tissu élastique. Hématies décolorées peu abondantes. Cellules des alvéoles recouvertes de granulations graisseuses. Globules graisseux très nombreux dont l'origine peut être en partie rapportée à l'absorption du lait dont la matière grasse est mélangé aux crachats.

Éléments parasitaires reconnus :

Micrococques divers associés en diplocoques et streptocoques de nature pyogène.

Micrococcus tétragènes *extrêmement abondants*. Bacilles de Kock peu nombreux. Certains points de la préparation n'en renferment pas.

L'élément dominant est le microcoque tétragène.

Analyse des crachats, 6 *juin* 1898.

Double coloration par le Ziehl et le bleu de méthylène.

Bacilles de Koch, présents mais peu nombreux.

Quelques *cellules géantes* dans une seule des six préparations.

Microbes vulgaires nombreux.

Cellules d'endothélium pulmonaire, rares.

Cellules embryonnaires et lymphatiques nombreuses.

En résumé ces crachats indiquent une tuberculose peu intense accompagnée actuellement d'inflammation bronchique et d'infection secondaire.

Analyse d'urine

	Urine par litre	Normale par 24 heures	Urine par litre	Examinée par 24 heures	
	gr.	gr.	gr.	gr.	
Urée...............	16 à 26	25 à 35	14.50	29 00	1/45e
Acide urique...... ..	0,35 à 0,75	0.45 à 0,75	0 321	0,642	
Azote total.	»	»	»	»	
Acide sulfurique....	2 -	3	1,52	2,94	1/5e
Chlorure de sodium.	6,50 à 8	10 à 12	4.20	8,40	
Chlore.............	4 à 5	6 à 8	2,54	5,08	
Acide phosphorique.	2 à 3	2.50 à 3,50	2,71	5,42	
Acidité totale en PH^2O^5...........	1,25	1,90	0,73	1,46	

REVUE DES THÈSES

par Mme Durdan-Laborie

Thérapeutique chirurgicale

258. — *Du cancer de la bouche et de son traitement.*
321. — *Contribution à l'étude des plaies de l'abdomen, leur traitement.*
287. — *Les appareils dans la coxalgie.*
217. — *De l'intervention chirurgicale dans les formes graves des colites rebelles.*
304. — *Des fractures de l'olécrâne, leur traitement par le cerclage.*
135. — *Etude sur la pathogénie et le traitement de la péri-hépatite et de la pl. urésie appendiculaires.*
311. — *Du traitement des plaies de poitrine par immobilisation.*
468. — *Péri-urétrite primitive sténosante et son traitement.*

469. — *Etude sur les angiocholites non suppurées, leur traitement chirurgical.*
309. — *Des fistules uréthro-rectales et de leur traitement en particulier.*
470. — *Contribution à l'étude du traitement chirurgical, de la perforation intestinale survenant au cours de la fièvre typhoïde.*
391. — *Indications de l'opération de Bottini dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate.*

Du cancer du plancher de la bouche et de son traitement par la résection incomplète de la partie médiane du maxillaire inférieur, avec conservation de son bord inférieur, M. DE ROBILLARD (*Thèse de Paris*, 1902, n° 258).

Dans les néoplasmes du plancher de la bouche, le meilleur procédé opératoire est celui qui permet d'aborder la tumeur par la voie sus-hyoïdienne.

Cette méthode a ce double avantage : d'ouvrir une large voie permettant de faire une exérèse complète du cancer; de sectionner plan par plan les tissus sous-jacents aux lésions, et de mettre à nu les ganglions et les lymphatiques, dont l'extirpation doit être radicale puisqu'ils sont la voie de propagation du néoplasme.

Toutefois, cette voie sus-hyoïdienne devient insuffisante, lorsqu'il s'agit de tumeur adhérant au maxillaire inférieur. Faire cette résection large, mais pas complète, l'os étant rarement envahi par le néoplasme.

L'absence de récidive, observée chez les opérés, est le meilleur argument qu'on puisse invoquer en faveur de cet ingénieux procédé.

Contribution à l'étude des plaies de l'abdomen, leur traitement. M. DUGUEY (*Thèse de Paris*, 1902, n° 321).

Les plaies de l'abdomen et celles des viscères qu'il renferme, peuvent entraîner des accidents terribles, et souvent, sans que l'on puisse, dès le début, les prévoir.

Cette gravité dépend de l'organe lésé ; les blessures en appa-

rence les plus bénignes peuvent donner naissance à des accidents très graves.

La conduite à tenir varie suivant les indications fournies par la situation momentanée. Mais la règle primordiale, est une surveillance continue, permettant de parer au plus tôt, aux accidents toujours possibles.

Les appareils dans la coxalgie. M. Cayre (*Thèse de Paris*, 1902, n° 287).

L'appareil plâtré décrit dans cette thèse rend impossible tout mouvement, soit de la cuisse, soit sur le bassin.

D'autre part, les crêtes iliaques, se trouvant coiffées par deux gouttières plâtrées, ne peuvent, puisqu'elles se meuvent solidairement, descendre ni monter.

L'appareil ainsi construit sera porté jusqu'à la convalescence. Ce n'est qu'à ce moment que le malade pourra le remplacer par un appareil amovible, en silicate, en cuir ou celluloïd. Ce dernier sera préféré aux autres à cause de sa grande légèreté.

De l'intervention chirurgicale dans les formes graves de colites rebelles. M. Labey (*Thèse de Paris*, 1902, n° 217).

Les formes graves sont susceptibles d'être guéries ou très améliorées par le traitement chirurgical, quand le traitement médical, longtemps appliqué, a été infructueux.

Le but que l'on se propose est de mettre en repos le segment d'intestin malade, en détournant les matières de leur cours normal; soit par un anus contre nature cæcal, soit par une anastomose iléo-sigmoïde, ou iléo-rectale.

L'entéro-anastomose est le procédé de choix, lorsqu'il n'existe pas de lésions recto-sigmoïdes.

Les fractures de l'olécrâne, leur traitement par le cerclage. M. Decq (*Thèse de Paris*, 1902, n° 304).

La fracture de l'olécrâne, connue des anciens, étudiée dans un grand nombre de monographies, n'est pas une lésion très commune.

Dans le plus grand nombre des cas, ces fractures ne peuvent se consolider par un cal osseux.

La suture osseuse présente des inconvénients, elle ne peut surtout s'appliquer à tous les cas. Le cerclage au contraire, ne paraît pas donner d'échecs, les résultats connus jusqu'ici sont parfaits.

Tous les cas, sans exception, peuvent être traités par ce moyen; il n'existe pas de contre-indication.

Étude sur la pathogénie et le traitement de la péri-hépatite et de la pleurésie appendiculaires. M. VAN BARNEVELD (*Thèse de Paris*, 1902, n° 135).

Avant de tenter un traitement chirurgical, il faut faire un diagnostic exact. Les signes de l'abcès sous-hépatique, sont assez nets, la seule difficulté est de faire le diagnostic avec un abcès intra-hépatique.

Se guider sur la fièvre qui, dans les hépatites suppurées, affecte le signe intermittent, alors qu'elle est d'allure banale dans l'abcès péri-hépatite.

Quant à l'abcès sus-hépatique, il est difficile de le différencier avec une pleurésie. Cependant la douleur, la dyspnée, la toux n'existant pas dans la variété sous-hépatique, feront le diagnostic.

Dans ces deux cas, le premier soin est de réséquer l'appendice; puis on s'occupera ensuite des autres foyers infectés. Toutefois, et malgré ces interventions, il est à craindre que, lorsque les germes émigrés de l'appendice ont gagné la plèvre, la mort ne soit proche, étant donné le degré d'infection profonde de l'organisme.

Du traitement des plaies de poitrine par l'immobilisation. M. MOUFLIER (*Thèse de Paris*, 1902, n° 311).

Ces plaies sont d'une thérapeutique difficile, car elles sont très complexes.

La mobilisation des malades est néfaste, car elle favorise les hémorragies et augmente les accidents respiratoires.

Au contraire, l'immobilisation immédiate donne les meilleurs résultats.

Il faut donc conseiller d'une façon générale, l'abstention de tout acte opératoire dans les plaies pénétrantes, et s'en tenir à l'immobilisation aussi précoce que possible.

Se rallier à la formule de M. Lucas-Championnière : « Abstention systématique et sans transaction. »

Péri-urétrite primitive sténosante et son traitement. M. PFISTER (*Thèse de Paris*, 1902, n° 468).

A côté des rétrécissements blennorrhagiques étendus, et des rétrécissements traumatiques limités, il y a une variété particulière rappelant la forme traumatique, mais d'origine blennorrhagique, dont le siège d'élection est le pénien.

Cela est dû à la péri-uréthrite primitive.

Les troubles fonctionnels sont d'une intensité toute particulière. Les indications thérapeutiques et le traitement sont ceux des rétrécissements traumatiques.

On fera la résection du noyau fibreux, et la brèche sera rejointe par suture directe des deux bouts de l'urèthre.

Dans le cas contraire, faire une autoplastie, en ayant soin d'employer un double lambeau entouré.

Étude sur les angiocholites non suppurées, leur traitement chirurgical. M. DIEU (*Thèse de Paris*, 1902, n° 469).

Les angiocholites sont anatomiquement tronculaires et vésiculaires.

Le premier type succède à la lithiase biliaire ; le second comprend des déterminations biliaires des maladies générales. Le troisième enfin se compose des maladies proprement dites des voies biliaires.

L'inefficacité du traitement médical indique l'intervention chirurgicale, afin de faire un large drainage artificiel. Celle-ci comprend des actes opératoires variables avec l'état septique (drai-

nage) et l'état aseptique (cholécystentérostomie) du milieu biliaire.

Des fistules urétro-rectales, et de leur traitement en particulier. M. Guyot (*Thèse de Paris*, 1902, n° 309).

Le traitement prophylactique sera celui des affections causales les plus fréquentes : le rétrécissement, les abcès prostatiques ou péri-prostatiques.

Pour les premiers : dilatation, uréthrotomie externe ou interne, selon les cas.

Quant aux abcès, incision hâtive par le rectum ou par le périnée de préférence, au premier indice de suppuration.

Les fistules récentes, celles qui suppurent encore, on devra employer la sonde à demeure seule, ou mieux associée aux cautérisations ignées par le galvano-cautère.

Puis si ces moyens échouent, s'adresser aux méthodes opératoires; les méthodes sanglantes paraissent préférables.

D'une façon générale il faut savoir se tenir en garde contre les règles de conduite absolue.

Traitement chirurgical de la perforation intestinale survenant au cours de la fièvre typhoïde. M. Pédarré (*Thèse de Paris*, 1902, n° 470).

Le pronostic de la perforation intestinale est des plus sombres, quand cette complication n'est combattue que par une thérapeutique médicale.

Il faut que l'intervention soit décidée rapidement dès qu'on a constaté les débuts de la péritonite consécutive.

L'intervention de l'anesthésie locale ou générale sera courte, grâce à la connaissance approximative du siège de la lésion. Celle-ci sera suturée à la Lembert avec points séparés.

Lorsqu'il s'agit de péritonite diffuse, le lavage de la cavité abdominale n'est point de rigueur, le drainage seul ou combiné au nettoyage paraît donner d'aussi bons résultats.

Statistique : France : 8 opérées, 3 guérisons
Étranger : 46 cas donnent 16 guérisons.

Indications de l'opération de Bottini, dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate. M. Mondin (*Thèse de Paris*, 1902, nº 391).

Ce traitement est de deux sortes, palliatif et curatif, l'opération de Bottini appartient à cette dernière catégorie.

Les indications en sont nombreuses, les contre-indications sont : l'infection avancée de la vessie, l'état précaire du malade, l'hypertrophie prostatique molle, l'hypertrophie en masse sans saillies intra-vésicales.

L'âge du malade ne doit pas être trop avancé.

Le seul résultat constant est la facilité rendue au cathétérisme. Mais il faut être bien averti que les résultats sont toujours longs à se produire.

La mortalité dans cette intervention est des plus faibles.

Les luxations en avant dans la coxalgie. M Fabre (*Thèse de Paris*, 1902, nº 325).

On connait la fréquence des luxations de la tête fémorale au cours de la coxalgie ; cet accident constitue une phase importante dans la troisième période de la coxotuberculose.

La luxation en avant est une variété rare. La perception de la tête fémorale dans le triangle de Scarpa est le signe pathognomonique de la variété de luxation antérieure.

La perception de la tête fémorale par le toucher rectal, sur le trou obturateur, est le signe de la variété dite obturatrice.

On doit d'abord essayer de réduire en avant par des manœuvres de douceur. En cas d'insuccès on pratiquera soit l'ostéotomie sous-trochantérienne, soit beaucoup plus rarement, la résection de la tête fémorale.

L'opération doit avoir pour but d'obtenir une ankylose solide, en bonne position et avec un minimum de raccourcissement.

Sur la valeur de la réduction par le procédé non sanglant dans les luxations congénitales de la hanche. M. PETIT (*Thèse de Paris*, 1902, n° 331).

Cette réduction d'après le procédé Lorenz Brun n'est pas une transposition comme beaucoup le pensent.

C'est par la partie postéro-inférieure du cotyle que la tête rentre le plus facilement, ainsi que le prouve l'examen des pièces anatomiques.

Cette réduction doit se faire par flexion, abduction et rotation externe.

Cette manœuvre donne la meilleure position d'immobilisation en vue d'éviter la reluxation.

Fractures du calcanéum. M. GÉRARD (*Thèse de Paris*, 1902, n° 342).

Ces fractures étaient connues d'Hippocrate, et Garangeot, en 1720, en donna la première description précise.

Celles-ci sont fréquentes, et la cause prédisposante réside dans la structure anatomique et la situation de cet os.

Cette fracture est rare par choc direct, elle se produit le plus souvent par arrachement et par écrasement.

Dans ce dernier cas le pronostic est très grave pour la fonction. Le traitement est difficile.

La réduction de la fracture par arrachement est maintenue avec peine par les appareils de construction.

Dans la fracture par écrasement, on immobilisera d'abord, et on pratiquera de bonne heure le massage pour prévenir les raideurs articulaires.

De la cystocèle inguinale. M. POUPAULT (*Thèse de Paris*, 1902, n° 343).

La cystocèle inguinale est rare d'après le plus grand nombre d'auteurs. Dans l'immense majorité des cas, on l'observe chez l'homme et presque toujours chez des sujets âgés.

Le diagnostic pré-opératoire est rarement posé, il existe parfois des signes fonctionnels importants; miction en deux temps, variation de volume en rapport avec les mictions. Aucun d'eux cependant n'est pathognomonique.

La distension du sac par une injection lèverait souvent le doute. Quand rien ne contre-indique, le traitement de choix est l'intervention sanglante avec réduction pure et simple de la vessie, après suture si elle a été ouverte accidentellement.

Les fistules qui se produisent parfois après l'opération ont une tendance naturelle à la guérison.

LECTURES MÉDICALES

Consultations médicales, clinique et thérapeutique, par le Dr HUCHARD, médecin de l'hôpital Necker, membre de l'Académie de médecine, 3e édition, 1 vol. de 620 pages, in-8. 10 francs, J.-B. Baillière, éditeur. Paris, 1903.

Voici deux ans à peine qu'est parue la première édition des consultations de Henri Huchard et l'ouvrage en est à sa troisième édition. C'est que l'auteur est un des rares médecins qui a su allier une grande science à une entente merveilleuse de ce qu'il faut au praticien : « peu de théorie et beaucoup de pratique ».

Du reste, quiconque a eu le plaisir de suivre les leçons du maître à Necker reconnaîtra de suite, à la lecture, la façon personnelle et primesautière de l'auteur, car les consultations sont l'exacte photographie des conférences si suivies faites dans son amphithéâtre par M. Huchard.

Nous ne ferons pas l'analyse de ce volume, car nous l'avons déjà commenté lors de l'apparition de la première édition. Qu'il nous suffise de dire que beaucoup d'augmentation et une mise au point précise ont rajeuni et transformé l'ouvrage en le mettant au courant des nouveautés thérapeutiques.

Précis de bactériologie de J. COURMONT, 2e édition, 1 vol. cart. de 900 p., avec 374 figures dans le texte, en noir et en couleur. Prix 10 francs. O. Doin éditeur.

C'est en réalité un nouvel ouvrage que présente aujourd'hui M. le professeur Courmont, et, pour le démontrer, il suffit de dire que la première

édition de son précis de bactériologie avait seulement 372 pages, illustrées de 245 vignettes; comme on le voit c'est un livre de dimensions doubles qu'est devenu cet important ouvrage. Le lecteur, étudiant ou praticien, y trouvera une description aussi complète que possible de tous les nouveaux procédés d'étude en bactériologie, technique ou appliquée. C'est vraiment trop de modestie de la part de M. Courmont que d'intituler son livre, Précis. En réalité c'est bien d'un véritable traité qu'il s'agit, car toutes les matières y sont traitées avec une autorité et une compétence indiscutable. Cet ouvrage est certainement le meilleur actuellement pour toute personne obligée de se tenir au courant des méthodes nouvelles employées dans la technique microbiologique.

Précis de gynécologie de A. Boursier, professeur à l'Université de Bordeaux, 1 vol. in-16 cartonné de 1047 pages, avec 286 figures dans le texte. Prix 10 francs. Paris, Octavo Doin, éditeur.

Comme le précédent, cet ouvrage fait partie de la jolie collection Testut, publiée sous la direction de l'éminent anatomiste, par l'éditeur O. Doin et destinée à grouper un grand nombre d'ouvrages didactiques, véritable petite encyclopédie de l'étudiant et du praticien, lequel au point de vue de la mise au point de ses connaissances est toujours un étudiant.

Nous aurions mauvaise grâce à faire l'analyse de ce volume, puisqu'il représente un tout complet au point de vue gynécologique; c'est un ensemble dont il est impossible de rien séparer et le meilleur compliment que l'on puisse faire à l'auteur, c'est qu'il a traité avec une grande clarté de description les matières qui font l'objet coutumier de son enseignement.

Traité des maladies épidémiques, étiologie des maladies infectieuses, par le Dr Kelsch, inspecteur de l'armée, membre de l'Académie de médecine. 2e vol., 1er fascicule, « Fièvres éruptives », 360 pages, in-8. Prix 6 fr. O. Doin, éditeur.

M. Kelsch commence le deuxième volume de son grand traité des maladies épidémiques, ouvrage remarquable et qui marquera certainement dans la littérature médicale de ces années dernières une des places les plus importantes.

Tout médecin qui s'intéresse aux progrès de sa science et qui éprouve le désir de connaître complètement l'histoire des maladies infectieuses, devra forcément consulter le traité de l'éminent et savant inspecteur de notre service de santé militaire. On y trouve en effet rassemblés les documents les plus complets sur la pathogénie de ces affections et sur l'histoire des épidémies. Puissamment armé par sa longue pratique militaire, à même de pouvoir rassembler mieux que personne les documents précis de la statistique officielle du ministère de la guerre, l'auteur a dressé des tableaux d'ensemble du plus haut intérêt. Il n'y a pas de doute que cet ouvrage ne soit appelé à aider puissamment les médecins qui sont chargés du service des épidémies dans nos départements.

L'énergie de croissance et les lécithines dans les décoctions de céréales, par MAURICE SPRINGER, 1 vol. in-16 de l'Encyclopédie des aide-mémoire. Masson, éditeur.

Ce petit volume est un des plus intéressants et surtout des plus originaux qui ait paru depuis longtemps, car il traite de questions toutes nouvelles et probablement appelées à jouer d'ici une vingtaine d'années un rôle considérable en thérapeutique. L'auteur, M. Maurice Springer, est attelé depuis déjà fort longtemps à la résolution d'un très gros problème, celui du développement des êtres vivants. Procédant par tâtonnements, il a peu à peu observé une infinie quantité de faits, s'éclairant au jour le jour par les travaux de chimie biologique produits par d'autres savants, profitant en un mot de tous les faits susceptibles de lui fournir une contribution dans sa délicate entreprise.

C'est ainsi qu'il en est arrivé à concevoir le rôle important joué par certains matériaux dans le phénomène de la vie et surtout du développement des êtres. Ce développement exige un travail énorme, toute cellule produite représente une somme d'énergie considérable; d'où provient cette énergie? Selon les idées de l'auteur c'est dans les lécithines qu'il faut surtout chercher l'origine de l'énergie de croissance. Les lécithines représentent des graisses phosphorées très particulières, où le phosphore est combiné à des bases spéciales mais diverses, elles sont des accumulateurs puissants d'énergie, que leur décomposition dans les organismes vivants met en liberté. Tout être, animal ou végétal ne se développerait donc qu'au moyen des lécithines animales ou végétales.

Telle est la base des applications thérapeutiques des extraits ou plutôt des décoctions de céréales dans l'alimentation des enfants. Par ce moyen, l'auteur a obtenu des résultats extrêmement remarquables, et c'est ce qui donne à son volume un intérêt considérable pour le médecin.

Je ne puis m'étendre plus longtemps sur ce sujet dans un article bibliographique, mais la question vaut la peine d'être étudiée et avant longtemps je la reprendrai dans un travail qui est en préparation. Je ne partage pas en effet toutes les idées de M. Springer, je crois que les lécithines ne sont pas tout dans l'action des décoctions de céréales et qu'il faut y chercher encore autre chose. Mais dans tous les cas, ces réserves faites, j'admire beaucoup l'énorme travail dépensé si utilement par ce savant dans une série d'expériences remarquables qui, je le répète, provoqueront avant longtemps une véritable révolution dans la thérapeutique infantile.

G. BARDET.

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Chirurgie générale.

Nouveau modèle de pinces pour l'hémostase et les sutures. — Ayant eu l'occasion d'étudier au point de vue anatomo-pathologique la disposition du plexus hémorroïdaire, ses anastomoses et ses rapports avec les plexus veineux voisins, M. Lima Castro, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Rio-de-Janeiro, a été amené à imaginer un modèle de pinces spéciales qui assurent l'hémostase et en même temps servent à faciliter les sutures. Elles appartiennent (*Presse médicale*, 14 août 1901) aux types habituels des grandes pinces-clamps à forcipressure et présentent des mors particuliers, ceux-ci sont courbes sur le côté, c'est-à-dire suivant le plan des anneaux, et la courbure correspond à un arc de cercle pouvant varier de 4 à 6 centimètres de rayon. Il y a deux instruments, l'un courbé à droite, l'autre à gauche, de manière qu'en plaçant les courbures l'une regardant l'autre, on a devant soi les faces antérieures des deux pinces.

Les faces internes des mors ne peuvent se rapprocher et enserrer les tissus que dans la moitié antérieure de leur épaisseur; la moitié postérieure est évidée, de manière à former, lorsque les mors sont rapprochés, une sorte de V à sommet interne. Sur la face antérieure des mors, et transversalement à leur longueur on voit, de 5 en 5 millimètres, de larges fentes atteignant en profondeur la moitié de l'épaisseur antéro-postérieure. Ces fentes sont assez larges pour laisser passer facilement une aiguille chargée.

Traitement chirurgical de la cirrhose. — FRAZIER (*Annales of Surgery*, juin 1901) rapporte le cas d'un homme atteint de cirrhose dont l'état ne laissait que peu d'espoir. L'opération fut décidée en dernier ressort et la cavité péritonéale fut ouverte. Le péritoine pariétal fut vigoureusement frotté avec une compresse de gaze. Le liquide contenu dans la cavité abdominale fut évacué et l'incision fut refermé sans drainage. La convalescence se fit sans accidents, la plaie guérit *per primam*. L'histoire post-opératoire fut la suivante. Le malade fut ponctionné deux fois : l'une le treizième jour et l'autre le trente-sixième jour. On retira respectivement 9.512 cc. et 2.784 cc. de liquide. Depuis cette époque, soit depuis trois mois, aucune accumulation de liquide ne s'est reproduite. Le patient a rapidement gagné des forces, il sort chaque jour et ne prend d'autre médication que du citrate de magnésie pour assurer une évacuation quotidienne de son intestin.

La principale indication de telles opérations est la présence d'ascite due à l'obstruction des veines du système porte quand cette obstruction est due elle-même à une cirrhose du foie. L'opération n'est pas indiquée dans tous les cas de cirrhose du foie. L'absence d'activité fonctionnelle de cet organe est une cause formelle de contre-indication. L'auteur connaît à l'heure présente 14 cas d'opérations de ce genre publiés par la littérature médicale; mais en réalité, en écartant de ces opérations celles qui avaient été exécutées par erreur de diagnostic ou celles dans lesquelles une contre-indication existait bien nettement, il reste en tout huit opérations. Sur ces huit opérations il n'y eut aucune mort (mortalité, 0 0/0); un des opérés est vivant et amélioré (12,5 0/0); un autre est vivant, mais non amélioré (12,5 0/0); six sont vivants et ne présentent pas d'ascites après des périodes qui sont respectivement de trois mois, de quatre, six, vingt-quatre et vingt-six mois (soit 75 0/0).

L'opération est donc indiquée : 1° dans les cas où le foie est cirrhotique; 2° dans les cas où on a lieu de penser que l'activité fonctionnelle du foie n'a pas cessé d'exister; 3° dans les cas où

la médication interne (iodures) et la paracentèse ont échoué, en d'autres termes dans les cas désespérés; 4° dans les cas enfin où il ne se présente aucune formelle contre-indication.

Il faut ajouter que ces affections sont si graves et laissent si peu d'espoir, et que d'autre part l'opération est si simple et bénigne, que l'on pourrait plus souvent pratiquer l'intervention chirurgicale.

Maladies des reins et des voies urinaires.

Quelques remarques sur le régime des diabétiques. — Le régime ne doit pas être le même dans tous les cas de diabète, dit M. Linossier (*Journal des Praticiens*, 14 juin 1902). L'interdiction absolue des aliments hydrocarbonés peut être plus nuisible qu'utile. Elle l'est parfois en aggravant chez le sujet certains troubles indépendants de la glycosurie, mais elle peut l'être en aggravant la glycosurie elle-même. La restriction générale de l'alimentation, trop souvent exagérée chez les diabétiques, est au moins aussi importante pour obtenir la diminution de la glycosurie, que l'interdiction du sucre et des féculents. Elle permet de prescrire un régime beaucoup moins strict. Les bienfaits du régime lacté, du régime de pommes de terre, sont certainement, dans une large mesure, attribuables à cette restriction.

Incontinence d'urine et végétations adénoïdiennes. — Les traités classiques des maladies de l'enfance signalent à peine l'influence de l'hypertrophie des amygdales et des végétations adénoïdes sur l'incontinence d'urine. Pour M. Etievant (*Lyon médical*, 24 août 1902), cette influence est incontestable, et cet auteur se base pour l'affirmer, et sur des observations personnelles et sur les statistiques d'un certain nombre de médecins étrangers. Cette incontinence coexistant avec la respiration buccale a été déjà mentionnée en 1885 par Major, qui l'explique par la surcharge d'acide carbonique dans le sang; suivant Hak, elle résulterait de l'existence d'un réflexe nasal; suivant Mendel, elle serait la conséquence de l'abolition plus ou moins complète

de la respiration nasale et de l'anoxhémie consécutive. Il est à noter que l'incontinence n'est pas spéciale aux végétations adénoïdes, mais qu'elle peut encore être provoquée par toute autre cause de sténose nasale, soit temporaire, soit permanente. Outre ces altérations locales, il faut une prédisposition spéciale du système nerveux pour que ce symptôme puisse se manifester.

Maladies des yeux.

Trois cas de kératocone (résultats immédiats et éloignés des interventions chirurgicales). — Il a été donné à M. Badal (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 15 septembre 1901) de revoir, à quelques jours d'intervalle, trois personnes atteintes de kératocone et opérées depuis plusieurs années. Il a pu observer ces malades de temps à autre; leur état est maintenant stationnaire, et les résultats, fournis par l'intervention chirurgicale dont ils ont été l'objet, semblent pouvoir être considérés comme définitifs.

Pour lui, une large iridectomie supérieure est la méthode de choix dans le traitement du staphylome pellucide.

L'excision d'un lambeau ovalaire, comprenant le sommet du cône, doit être réservée aux cas où l'iridectomie a échoué.

L'excision sera précédée de la mise en place des fils de suture, fils de crins de préférence.

Le défaut d'équilibre entre la tension oculaire et la résistance amoindrie de la cornée, qui pourrait se produire de temps à autre, même après l'opération, sera combattu par l'emploi des myotiques, aussi longtemps que cela semblera nécessaire.

La plupart des kératoconiques étant des sujets débilités, ou atteints de tares héréditaires, l'emploi des toniques et des reconstituants devra venir en aide au traitement chirurgical.

Hygiène et toxicologie.

Nouveau procédé pour fabrication de planchers hygiéniques. — Peu de questions ont soulevé un plus vif intérêt parmi les

hygiénistes que la recherche des parquets hygiéniques. Supprimer les fentes du plancher en employant des matériaux qui permissent de substituer le balayage humide au balayage à sec, tel a été le but de tous les enduits avec lesquels on a essayé de résoudre la question.

Après des années de recherches, les hygiénistes en sont encore, pour la plupart, à des moyens insuffisants, tel que le coaltar, dont on enduit les vieux planchers dans les casernes, ou, à la fois cher et d'une usure rapide, tel le paraffinage des parquets dans les hôpitaux.

Il est donc intéressant de signaler aux médecins (*Gazette des hôpitaux*) un produit inusable, imperméable, ininflammable, le xylolith, que nous avons vu employer depuis quelque temps dans des casernes et des hôpitaux, voire même dans de grands magasins de nouveautés.

Ce produit, simple composé à base de sciure de bois agglomérée d'une façon homogène, présente l'aspect d'un linoléum et la dureté de la pierre. Peu sonore, le xylolith est mauvais conducteur du froid et de la chaleur.

Il s'emploie sur un bon béton de ciment ne nécessitant aucune opération préalable et réalisant bien l'isolement entre la chambre et les poussières de l'entrevous. Il se lave admirablement et constitue, en un mot, le sol idéal pour une chambrée, une salle d'hôpital, une salle de bains ou d'opérations. Si l'on ajoute que son prix de revient est des plus abordables, on verra que le xylolith mérite d'attirer particulièrement l'attention des hygiénistes.

FORMULAIRE

Le trional (M. Pouchet).

1° Solution huileuse de trional à 5 p. 100.	60 gr.
Mucilage de carragaen à 5 p. 100.....	70 »
Glycérine..........................	15 »
Eau de laurier-cerise................	10 »

Pour une émulsion. — Chaque cuillerée à soupe renferme 0 gr. 30 de trional et 1 gramme d'eau de laurier-cerise.

2° Solution huileuse de trional à 8 p. 100....................	10 à 15 gr.
Jaune d'œuf..................	n° 1
Lait, un verre ordinaire, soit....	125 »

Pour un lavement, chez un adulte.

3° Trional........................	0 gr. 40
Beurre de cacao...............	4 »

Pour un suppositoire d'adulte.

4° Trional...........................	0 gr. 05
Beurre de cacao....................	2 »

Pour un suppositoire d'enfant.

5° Trional..........................	0 gr. 025
Huile d'olives pures..............	0 » 50

En capsules gélatineuses à administrer par voie stomacale.

Le Gérant : O. DOIN

IMP. F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE. — PARIS-6e

BULLETIN

De quand date l'usage du mercure dans la syphilis. — La souillure de l'enveloppe externe des fruits. — La suralimentation proscrite par édit royal. — Une montre dans l'estomac. — Hygiène de la voirie parisienne. — Pour ne pas ronfler. — Les dangers des injections sous-cutanées de sérum gélatiné.

On attribue communément à Paracelse le mérite d'avoir introduit l'usage du mercure dans le traitement de la syphilis. D'après M. Sandison Brock (de Rome), ce serait à tort, se bornant, pour appuyer son dire, à attirer l'attention dans le *Janus*, sur une vieille chronique de la cité de Pérouse, datant de 1494, dans laquelle le chroniqueur Materazzo décrit une alarmante épidémie de *mal français* ou *cirimbacole*, qui sévissait à ce moment dans le Nord de l'Italie et qu'un voyageur espagnol traitait avec succès par des frictions de pommade mercurielle. Cette épidémie semble être celle qui, vingt-cinq ans plus tard, inspira à Fracastor son célèbre poème sur la syphilis. Paracelse, au moment de cette épidémie, avait à peine un an.



Il faut bien savoir que les fruits sont fréquemment souillés soit par la poussière, soit par la terre, soit par les doigts des personnes qui les manipulent. Si on ne peut les peler, du moins convient-il de les tremper dans l'eau propre avant de les porter à la bouche. Ehrlich a constaté qu'une telle immersion, toute

momentanée qu'elle soit, suffit cependant pour débarrasser les fruits de millions de micro-organismes.

⁂

En 1294, Philippe le Bel rendit une ordonnance relative aux repas et au nombre des plats à consommer. « Nul ne donnera au grand mangier, y est-il dit, que deux mets et un potage au lard, sans fraude. Et au petit mangier, un mets et un entremets. Et s'il est jeusne, il pourra donner deux potages aux harens et deux mets ou trois mets et un potage. Et ne mettra en une escuelle que une manière de chair, une pièce tant seulement, ou une manière de poisson. » Si l'on ne savait que certains rois de France étaient poussés par la manie de tout réglementer, on pourrait croire que l'ordonnance ci-dessus a été inspirée par l'hygiène en vue de parer aux dangers de la suralimentation.

⁂

Il y a quelque temps, lisons-nous dans la *Gazette médicale de Paris*, Mlle Maud Lilian Berri, cantatrice bien connue de l'Opéra-Comique de Tenney (Amérique du Nord), avait reçu, en cadeau, une montre en or, pas plus grande qu'une pièce de cinq centimes. Avant de se coucher, elle tenait la montre en main; mais, le lendemain, elle ne la retrouva plus. Elle fouilla partout, mais en vain. Un matin cependant, elle commençait à éprouver des douleurs violentes à l'estomac. Elle fit appeler le Dr Hatch, qui lui ordonna un remède; mais le médicament resta sans effet. Ce docteur, ne pouvant s'expliquer la nature du mal, fit venir l'artiste dans son laboratoire où il l'examina à l'aide des rayons X. La photographie lui a révélé que la petite montre se trouvait dans l'estomac de Mlle Berri. Comment l'objet s'y est égaré? L'artiste elle-même ne saurait le dire; toujours est-il que la diva a été forcée de subir une opération chirurgicale.



Les antiques tombereaux à ordures ménagères, qui sont l'un des principaux décors des matins de Paris, vont bientôt, affirme l'*Écho de Paris*, disparaître de la circulation. La préfecture de la Seine, acquiesçant aux nombreuses critiques élevées contre ces voitures, prépare actuellement un projet de concours pour la création de nouveaux véhicules. Ces derniers, outre leurs qualités de roulement, devront garder parfaitement leur contenu, matières, odeurs et microbes. Leur passage à travers la Ville ne devra plus être, en même temps qu'un spectre déplaisant, une perpétuelle menace de contamination des diverses parties de la capitale par les ordures ménagères des autres quartiers. Le projet de concours sera achevé très prochainement, et publié le plus rapidement possible pour donner aux concurrents et aux primés le temps d'exécuter leurs nouvelles voitures pour le printemps de l'année prochaine. On sait, en effet, qu'à cette époque les ordures de la moitié des arrondissements de Paris seront soumises à la combustion. Et la préfecture désire faire coïncider ces deux réformes, si importantes pour l'hygiène de la grande ville.



Si « la consigne est de ne pas ronfler », utilisez le moyen indiqué par M. Kusler. Il emploie dans ce but un appareil qui se compose d'une pièce mentonnière souple et de deux bandes de caoutchouc fixées à une grande pièce de toile. Celle-ci est appliquée sur le vertex. Le bandage empêche la mâchoire intérieure de tomber et supprime de cette manière le bruit du ronflement. A recommander pour donner aux enfants l'habitude de respirer par le nez alors qu'ils dorment la bouche ouverte.



Les avantages précieux des injections sous-cutanées de sérum gélatiné employées comme hémostatique, sont malheureusement

contre-balancés par les dangers pouvant résulter de son emploi, dont le plus grave est sans contredit le tétanos. Il semble bien que du cas signalé récemment par MM. Lop et Murat (de Marseille) et des dix-sept relevés par M. Chauffard dans la littérature médicale, on puisse conclure à l'impureté de la gélatine utilisée et à sa stérilisation imparfaite. Comme il n'est guère possible, sans condamner la méthode, de suivre le conseil de Roux (de Lausanne) préconisant de pratiquer après chaque injection gélatinée une injection préventive de sérum antitétanique, M. Chauffard, dans un rapport qu'il vient de faire à l'Académie de médecine propose d'inscrire au Codex le mode de préparation du sérum gélatiné et de soumettre sa fabrication aux lois et règlements qui régissent déjà la fabrication et la vente des sérums organiques.

THÉRAPEUTIQUE PHYSIQUE

Résultats de la rééducation dans le traitement des troubles du mouvement,

par le Dr Maurice Faure.

STATISTIQUE DE L'INSTITUT DE RÉÉDUCATION DE LA MALOU (1902), D'APRÈS 126 OBSERVATIONS D'ATAXIE, PARALYSIE, TICS, TREMBLEMENTS, CONTRACTURES, ETC.

I

L'Institut de rééducation motrice de La Malou a reçu, durant la saison 1902 (15 avril-15 novembre), 126 malades, dont le traitement a exigé environ 2.500 séances (1).

En examinant l'ensemble de ces malades, on constate tout d'abord que les tabétiques y sont au nombre de 84 (2). C'est donc la confirmation de cette opinion, d'ailleurs courante, que les tabétiques forment une part très importante de la clientèle de La Malou (3).

(1) Nous ne nous préoccuperons dans cette publication que de déterminer les résultats de la rééducation d'après nos observations. On n'y trouvera donc aucun exposé théorique général de la méthode, ou plutôt des méthodes de rééducation. Nous renvoyons pour cela à notre dernière publication (*La Rééducation motrice*. Doin, éditeur, Paris, 1902).

(2) C'est, en effet, dans l'ataxie, que la rééducation trouve actuellement son emploi le plus répandu. On sait que l'initiative et le premier règlement de cette application de la rééducation appartiennent à Frenkel, dont les procédés thérapeutiques ont eu un grand et légitime succès, il y a quelques années. La première publication de Frenkel sur ce sujet est de 1890 (Congrès des médecins allemands, à Brême).

(3) De tout temps, même avant que le tabès ne fût décrit, il y avait des tabétiques à La Malou, dont on reconnaît facilement le portrait dans les

Quarante-deux malades non tabétiques avaient des affections variées. Nous en formerons cinq groupes :

Le *premier groupe* comprend les *contractures* plus ou moins douloureuses secondaires aux *arthrites*, les *atrophies* et *parésies* secondaires aux *fractures*, aux *contusions*, aux *immobilisations*.

Les malades de ce premier groupe ont retiré de leur traitement des avantages très importants : les contractures ont diminué, les douleurs se sont atténuées, les parésies et les atrophies ont diminué d'intensité ou disparu; en somme, les mouvements sont revenus sans que jamais la lésion articulaire ou osseuse ait cessé de marcher vers l'amélioration ou la guérison. Il y a donc là une indication de la rééducation et des mouvements méthodiques qui est formelle. Cette spécialisation de La Malou ne fera donc que s'accroître (1). La plupart de ces malades retirent, en outre, de la balnéation hydrothermale, des avantages certains; aussi les rencontre-t-on dans la plupart des stations d'eaux chaudes.

---

descriptions des anciens auteurs. Cette spécialisation (qui est la principale de cette station) s'est faite d'elle-même, empiriquement, comme d'ailleurs toutes les spécialisations importantes et durables des villes d'eaux. C'est parce que ces malades y sont améliorés qu'ils y reviennent et qu'ils y envoient les malades similaires. La Malou reçoit environ 5 à 6.000 malades par saison, parmi lesquels 2 à 3.000 tabétiques.

(1) Les malades de ce groupe forment déjà d'ailleurs une grosse part de la clientèle des établissements de mécanothérapie. Ce que nous disons ici ne fait donc que confirmer une opinion déjà établie. Les instituts de mécanothérapie donnent, en effet, d'excellents résultats dans les troubles des mouvements secondaires aux traumatismes. Les ankyloses, les raideurs articulaires, les contractures douloureuses, l'impotence fonctionnelle qui suit les accidents du squelette, et l'incapacité de travail qui en résulte, sont, en effet, considérablement réduites, sinon supprimées, par une thérapeutique mécanothérapique bien conduite. De là, l'entente intelligente qui commence à s'établir en France, entre les Sociétés d'assurance contre les accidents du travail et les Instituts de mécanothérapie.

Un *deuxième groupe* est formé par les *tiqueurs*, les *choréiques*, les sujets atteints de *crampes professionnelles* et de *spasmes*, les *astasiques*, les *abasiques*, les *neurasthéniques*, les *hystériques*. Ces malades (ou plutôt ces infirmes) sont justiciables de la rééducation (1). Leur traitement, combiné à la balnéation tiède, prolongée et sédative, telle qu'on la pratique à Néris, La Malou, etc., donne les plus heureux résultats.

Un *troisième groupe* est formé avec les *hémiplégies* et les *paraplégies spasmodiques*, et les *paralytiques agitants*. Bien qu'assez nombreux à La Malou, bien qu'ayant coutume de s'adresser aux établissements de rééducation, ces malades ne nous paraissent retirer de ces deux thérapeutiques que des bénéfices peu importants. Il est vrai que le choix des thérapeutiques, en ce qui les concerne, est peu varié, et qu'en somme, l'exercice (méthodique ou non) soulage un peu les parkinsoniens et d'autres spasmodiques. Mais, nous ne pouvons confirmer l'opinion énoncée par plusieurs de nos confrères allemands, qui voient dans la rééducation et la gymnastique méthodique un traitement de choix des paralysies avec contracture. Sans doute, on obtient quelques résultats qui ne sont pas absolument à dédaigner; mais ils nous paraissent vraiment peu consolants, eu égard à l'effort fourni et au temps dépensé. Il nous paraît donc sage d'avertir les malades de cette catégorie qu'ils doivent savoir, en se soumettant à la rééducation, qu'ils ont peu à en attendre, et qu'ils ne s'adressent à elle que parce qu'ils n'ont pas autre chose. Ils ne peuvent espérer guère plus du massage et d'une mécanothérapie prudemment conduite.

---

(1) C'est à M. le Pr Brissaud et à ses élèves Meige et Feindel qu'on doit cette application de la Rééducation.

Le *quatrième groupe* se compose d'*hémiplégies* et de *paraplégies flasques*, de paralysies par *névrites*, *myélites*, etc. Ici, les mouvements méthodiques ont un intérêt double. Ils concourent, dans une certaine mesure, à l'amélioration de la paralysie et au retour des mouvements; mais il faut bien se dire que c'est là une part peu importante, et quelquefois presque nulle, de leur action. Leur but principal est d'empêcher l'apparition des attitudes vicieuses, des raideurs douloureuses, et des rétractions musculaires et tendineuses. En outre, combinés au massage, ils empêchent l'émaciation des membres et la disparition des muscles en entretenant leur nutrition. Les résultats, fournis par la thérapeutique, sont donc ici très médiocres, mais l'abandon de toute thérapeutique est encore bien pire.

Enfin, un *cinquième groupe* est formé par les *rhumatisants chroniques*. Nous n'en dirons rien, car ce diagnostic de « rhumatisme chronique » n'est, à notre avis, qu'un *caput mortuum*, où s'entassent toutes les lésions douloureuses, articulaires et périarticulaires, quelle qu'en soit l'origine. On sait que ces malades forment la clientèle habituelle de toutes les stations d'eaux chaudes, et notamment de Néris, Plombières, La Malou, etc., où ils sont irrégulièrement améliorés. D'autre part, les mouvements méthodiques leur sont souvent utiles, mais comme les résultats de cette thérapeutique classique varient avec la cause de l'arthropathie et l'évolution de cette cause, il s'ensuit qu'il est impossible de donner sur ce sujet des résultats d'ensemble. Nous laisserons donc de côté, pour le moment, cette catégorie dont nous ferons ultérieurement l'objet d'une étude spéciale.

On voit que si l'on examine l'ensemble de ces cinq groupes, on arrive à ces conclusions :

Les deux premiers sont formés par des accidents (*atrophies*, *parésies*, *contractures douloureuses*, *tics*, *chorée*, *crampes*, *spasmes*, *troubles moteurs de l'hystérie et de la neurasthénie*, etc.), nettement justiciables de la rééducation et de l'hydrothérapie thermale. Les malades doivent attendre, dans ces affections, d'*excellents résultats* de la cure de La Malou.

Au contraire, les deux groupes suivants (*paralysies*, *hémiplégies spasmodiques ou flasques*, etc.) ne peuvent attendre, de la rééducation et des mouvements méthodiques, que des *bénéfices minimes*. D'autre part, nous ne pensons pas que l'hydrothérapie thermale leur donne des résultats considérables. Il s'ensuit que, lorsque ces malades viendront demander à La Malou une cure, ils devront s'attendre à des résultats minimes; mais, en raison de la pauvreté des actions thérapeutiques dans ces affections, il faut savoir être peu ambitieux (1).

II

L'examen des résultats consignés dans les 84 observations de *tabétiques* est plus intéressant, et nous allons y insister davantage.

Constatons d'abord que, sur ces 84 malades, il n'y a que 6 femmes, soit : 7 p. 100; alors qu'au contraire, sur les

(1) On voit que les applications de la rééducation sont nombreuses et variées. Elles s'accroîtront probablement encore, car ces méthodes thérapeutiques sont récentes. En France, l'étude en a été recommandée et vulgarisée par les leçons de M. le professeur Raymond, en 1895-1896. C'est dans cette même année que, en collaboration avec le Dr Hirschberg, nous avons recueilli et publié les premières observations françaises, dans le service de la Salpêtrière, aujourd'hui confié au Dr Constensoux.

42 malades non tabétiques, dont nous venons de parler, nous trouvons une proportion féminine de : 45 p. 100.

On peut donc penser que le tabès est beaucoup moins fréquent chez la femme que chez l'homme, contrairement à l'opinion de quelques classiques.

De ces 84 malades, il faut d'abord en déduire 6, chez lesquels les indications de rééducation furent incertaines et inconstantes, et qui, pour cette raison, ne se soumirent pas à un traitement régulier. Il nous reste donc 78 tabétiques à examiner.

Quatre d'entre eux abandonnèrent le traitement entrepris, faute d'énergie, d'intelligence ou de discipline, et ce, sans autre raison.

Cinq, atteints de troubles assez graves, abandonnèrent pour les mêmes raisons que les précédents, mais avec l'excuse d'infirmités ou de douleurs fort gênantes.

Dix ont renoncé à leur traitement pour des raisons de convenances personnelles, qui ne leur ont pas permis d'en accepter les nécessités.

C'est donc, au total, 19 malades, qui n'ont pu consentir à l'obligation d'un traitement long et difficile, ce qui nous donne un déchet de 25 p. 100 (1).

III

Ces 59 tabétiques, qui ont lutté pour obtenir une guérison ou une amélioration, n'ont pas lutté à armes égales. Il y a,

(1) Parmi ces 19 malades, il y a 3 femmes. Comme, sur la totalité des tabétiques que nous examinons, il n'y a que 6 femmes, c'est donc 50 p. 100 des femmes ataxiques qui reculent devant les obligations d'un traitement rééducateur, alors que, parmi les hommes, on ne compte que 22 p. 100 de réfractaires.

en effet, des conditions favorables et des conditions défavorables au traitement rééducateur.

Examinons d'abord les *conditions favorables :*

Il faut que le malade puisse consacrer à sa cure un temps suffisant, et, pour cela, que ses occupations professionnelles et sa situation sociale lui en laissent le loisir. La durée de cette cure est fort variable. Elle doit être proportionnelle à l'intensité des désordres à faire disparaître, et en raison inverse de l'application, de la bonne volonté et de l'intelligence du sujet. En règle générale, un traitement d'un mois suffit pour les troubles moteurs légers et localisés. Un traitement d'environ 2 mois pour ceux d'intensité moyenne. Et un traitement de 4 mois n'est pas exagéré pour les ataxies intenses et étendues ; encore faut-il souvent se contenter d'un résultat incomplet à l'expiration de cette première période (1).

Indépendamment de la durée du séjour, il faut encore que le tabétique jouisse d'une santé générale suffisante pour consacrer à son traitement plusieurs heures par jour. Ce traitement, bien conduit, comprend : des bains de piscine, des exercices méthodiques, et une sorte d'apprentissage de tous les mouvements de la vie de relation. Accessoirement, on y joint des massages et des douches, s'il faut agir sur une région déterminée.

26 de nos malades, sur 59, ont pu remplir toutes ces conditions et ont terminé leur cure avec un résultat complet.

(1) La saison de La Malou durant 7 mois, on peut y faire des traitements plus longs, mais nous pensons qu'il vaut mieux ne pas dépasser la durée de 4 mois. En effet, nous avons observé que les malades, même placés dans les meilleures conditions, se lassaient d'une thérapeutique difficile et monotone. On peut donc faire dans la saison 2 séjours d'un ou deux mois, ou un séjour de 4 mois ; ce sont, croyons-nous, les meilleures conditions de succès.

Voyons maintenant les *conditions défavorables :*

Nous avons observé des malades, chez lesquels il était nécessaire de prendre les plus grandes précautions et de conduire le traitement avec une prudence extrême, en raison de leur état de faiblesse, de douleur, ou des troubles de la respiration et de la circulation qu'ils présentaient. Il est évident que ces patients, traités sans mesure et confiés à des mains inexpérimentées, n'auraient pu retirer de leur traitement que des accidents et des désavantages (1).

Ainsi, 13 tabétiques, atteints de vives douleurs, d'infections urinaires graves, de troubles gastriques ou intestinaux persistants, d'états toxiques d'origine médicamenteuse (mercure, morphine, chloral, etc.), d'arthropathies progressives, de troubles oculaires croissants, de dépression mentale, d'infections pulmonaires ou autres, etc., ou plus simplement d'une forme subaiguë progressive ou fébrile de tabès, n'ont pu bénéficier, que d'une façon insuffisante, d'un traitement qu'ils ne pouvaient faire avec toute l'énergie et la ténacité désirables. Cependant, ces 13 malades, sans exception, ont été améliorés, et 12 d'entre eux dans des proportions d'autant plus remarquables que leur état de santé les obligeait au repos plusieurs jours par semaine. Il faut donc être extrêmement prudent et attentionné dans le traitement de cette catégorie de patients, et cependant attendre beaucoup de la thérapeutique si l'on y peut consacrer un temps prolongé. C'est ainsi que onze de ces malades ont demeuré quatre mois, et plus, à La Malou.

Vingt tabétiques se trouvaient dans une catégorie inter-

(1) C'est ainsi qu'on a pu reprocher à la thérapeutique physique et à l'hydrothérapie de donner de la fatigue et d'augmenter les accidents chez certains nerveux. Il est évident que cela n'est qu'une question de mesure, et que tout dépend de la façon dont la cure est dirigée.

médiaire aux deux précédentes, c'est-à-dire que, soit pour des raisons de convenances, soit (ce qui est plus fréquent) parce que leur état de santé était insuffisant, ils n'ont pu consacrer à leur traitement une somme d'efforts et de temps véritablement suffisante.

Ainsi, sur 59 tabétiques qui ont suivi un traitement rééducateur, on voit que 26 d'entre eux se sont trouvés placés, du fait de leur situation sociale et de leur état de santé, dans des conditions qui leur ont permis d'en retirer le maximum de bénéfices. Vingt, obligés de tenir compte de certaines difficultés matérielles venant, soit de leur profession, soit de leur maladie, n'ont pu se placer dans une situation aussi avantageuse que les précédents, mais cependant se sont soumis à une discipline suffisante. Enfin, 13, par suite de leur état de maladie, n'ont pu accomplir leur traitement que d'une façon très imparfaite, et, par conséquent, n'en obtenir que des résultats incomplets. Comme nous avons déjà signalé plus haut que 19 tabétiques, pour des raisons légitimes ou non, avaient refusé ou abandonné le traitement à son début, on voit donc qu'au total nous aboutissons aux proportions suivantes :

Traitement nul : 25 p. 100 (19/78);

Traitement insuffisant : 16 p. 100 (13/78);

Traitement incomplet : 26 p. 100 (20/78);

Traitement complet : 33 p. 109 (26/78).

Donc, parmi les malades qui présentent les indications d'un traitement de rééducation, on voit que : *25 p. 100* refusent ce traitement, pour des raisons légitimes ou non, et que *42 p. 100* ne peuvent s'y soumettre que d'une façon imparfaite.

C'est là une assez forte déperdition, qu'il est intéressant de signaler.

IV

Résultats de la rééducation dans l'ataxie. — Il serait inexact, pour connaître vraiment les résultats pratiques de la rééducation, d'examiner seulement les bénéfices obtenus par les malades qui en ont tiré le meilleur parti. Il faut donc tenir compte, au même titre, des résulats observés chez les 59 malades qui ont été suivis, puis comparer les résultats individuels à la durée et à l'importance du traitement.

Et d'abord, nous constatons que la variété des troubles moteurs est très grande : certains malades ont des incoordinations généralisées empêchant toutes les fonctions motrices, aussi bien celles des muscles du thorax et de l'abdomen (miction, défécation, respiration, etc.), que celles des muscles oculaires, ou des muscles des extrémités (membres supérieurs et inférieurs). Les autres ne présentent que des troubles restreints et bien localisés tels que : ptosis, diplopie (muscles oculaires), hyperextension du genou (muscles postérieurs de la cuisse), etc.

Examiner les résultats de la rééducation dans cette variété si grande de troubles moteurs donnerait à cette étude des proportions trop étendues. Comme aucun de ces malades ne présente exactement les mêmes troubles moteurs qu'un autre, et que, pour un malade déterminé, ces troubles varient avec les moments de son histoire, il s'ensuit que, pour étudier tous ces accidents nous serions amenés à discuter, presque isolément, chacune des 59 observations (et plusieurs durent jusqu'à cinq mois !).

Le trouble moteur le plus grossier, le plus fréquent, est l'incoordination, plus ou moins diffuse, plus ou moins accen-

tuée, des membres inférieurs et du tronc, aboutissant à l'instabilité de la station, et à la difficulté de la marche allant jusqu'à l'impossibilité complète. Cet accident, qui, dans l'esprit de tant de médecins et de malades, caractérise l'ataxie, se retrouve à des degrés divers, et avec des formes très variées, dans toutes nos observations. Par suite, la comparaison des résultats qu'elles nous offrent peut nous permettre de mettre en lumière des conclusions qui seront certainement utiles, puisqu'elles seront basées sur un grand nombre de cas. Et comme notre but est de chercher à fixer quelques lois de la thérapeutique de rééducation, afin de sortir des généralités et des études théoriques, sans prétendre épuiser le sujet, nous réserverons, pour des études ultérieures, tous les troubles moteurs autres que ceux de la marche, en attendant que nous puissions réunir, pour chacun de ces troubles, un groupe d'observations assez important pour en tirer des conclusions avec quelque autorité.

Disons donc seulement que *tous les troubles du mouvement s'améliorent*, c'est-à-dire : le ptosis, la diplopie (et par conséquent, les *troubles oculaires*) ; l'incoordination des cordes vocales et des muscles respiratoires (et, par conséquent, les *crises laryngées*, la *toux* et les *suffocations*) ; les parésies abdominales (et, par conséquent, les *difficultés de la miction et de la défécation*), etc.

En examinant les observations, on fait encore une autre constatation d'ensemble : ce n'est pas seulement l'incoordination qui diminue dans les muscles traités, mais encore les *parésies*, les *atrophies*, l'*atonie*, le *relâchement*, et même les troubles de la sensibilité profonde. Dans quelle mesure s'améliore chacun de ces accidents? Leurs améliorations sont-elles parallèles, ou indépendantes? Quel rôle joue,

dans le désordre total, nommé ataxie, chacun des troubles que nous venons d'énumérer? Questions qu'on ne pourrait élucider qu'en comparant des observations multiples. Ce sont des sujets à l'étude, et, sur ce point encore, nous attendrons que des observations nombreuses nous permettent de fixer la vérité. Donc, dans la présente étude, en disant « amélioration des troubles moteurs », nous désignerons, sans chercher à préciser davantage, l'amélioration générale de l'ataxie, sans nous attacher à distinguer l'amélioration particulière de chacun de ses éléments.

V

Première série. — 14 malades avaient complètement perdu la possibilité de la marche et de la station debout, par suite du degré très accentué de l'ataxie des membres inférieurs et du tronc. Ils étaient confinés au lit, ou dans un fauteuil spécial, maintenus par des coussins, incapables de se redresser et de se tenir, même assis. Leur existence, privée de la plupart des mouvements de la vie de relation, réduite à des mouvements insuffisants et incomplets dans la vie végétative, n'avait pour horizon qu'une déchéance prochaine. Dans un état physique et moral aussi médiocre, leur santé ne pouvait qu'être précaire et décroissante.

Après le traitement, 8 avaient retrouvé l'usage de la marche, et, parmi ceux-là, 3 pouvaient marcher seuls. Six ne pouvaient encore marcher, mais tous pouvaient se tenir debout, et 2 commençaient à faire quelques pas au bras d'un aide. La raison de cette différence de résultats nous est donnée par la différence des durées des traitements : les 6 malades qui ne marchent pas encore n'ont, en effet,

consacré, ensemble, que 7 mois et demi à leurs traitements, soit, en moyenne : 37 jours par malade. Au contraire, les 8 malades qui marchent aujourd'hui, ont subi, ensemble, plus de trente mois de traitement, soit, environ : 4 mois par malade. Mais il est certain que, dans l'ensemble, ces résultats sont encore insuffisants. En effet, aucun de ces malades ne possède une marche véritablement pratique, mais plusieurs peuvent, du moins, aller seuls dans leur appartement, et vaquer au dehors à leurs affaires, étant accompagnés. Comme 10 d'entre eux, sur 14, figurent sur la liste où nous avons inscrit les malades qui n'ont pu être qu'insuffisamment soignés à cause de leur état grave ou du manque de temps, on voit, qu'en somme, c'est là cependant un bénéfice très sérieux, eu égard à l'effort fourni.

Deuxième série. — 15 tabétiques avaient des troubles analogues aux précédents, mais moins accentués. L'attitude debout, la marche, étaient gênées, difficiles, pénibles, mais tous pouvaient marcher, d'une façon plus ou moins défectueuse, au moins au bras d'un aide, et avec quelques précautions.

Deux ont retrouvé une marche absolument normale, aussi bien sur un terrain plat que sur un terrain accidenté ou dans des escaliers, en pleine lumière ou dans la pénombre, ou au crépuscule, etc. Ils font des marches de plusieurs kilomètres, ils stationnent dans la rue à leur gré, se meuvent dans la foule, toujours sans canne, et avec une allure parfaitement régulière.

Cinq marchent bien, mais leur allure est encore hésitante, faute d'assurance et d'habitude, et leur marche ne peut leur rendre les mêmes services qu'une marche normale.

Les 8 autres sont incomplètement corrigés, mais ils figurent tous sur les listes de malades dont le traitement a

été trop court pour qu'ils puissent obtenir des résultats absolument satisfaisants.

Troisième série. — 27 malades avaient aussi des troubles généraux d'ataxie, mais plus légers. Ils marchaient plus ou moins régulièrement, seuls, vaquaient à leurs affaires, et, sans trop de peine, pouvaient vivre de la vie ordinaire.

Après le traitement : 14 sont complètement guéris, c'est-à-dire que rien dans leur allure ne révèle la maladie dont ils sont atteints. Ils portent des fardeaux, marchent sur tous les terrains, montent aux échelles, font des exercices d'équilibre, etc. Ce n'est que dans l'obscurité que certains troubles de leur marche réapparaissent.

Treize sont améliorés, dans de telles proportions, qu'ils sont en droit d'espérer une prochaine et complète guérison, dès qu'ils pourront consacrer un peu plus de temps à leur traitement.

Quatrième série. — Enfin, dans 3 cas, l'incoordination n'existait qu'à l'état de trouble localisé à quelques muscles. En quelques jours, cette perturbation a été complètement corrigée et ne s'est plus reproduite (hyperextension des genoux, inclinaison de la taille); et, cependant, dans ces 3 cas, les troubles dataient de : 18 mois, 5 ans et 12 ans.

CONCLUSIONS

Ainsi, sur 59 tabétiques, trois seulement ne présentaient que des *troubles localisés* (5 p. 100) qui ont *complètement disparu*. Ce sont les cas où le traitement agit avec le plus de rapidité et de facilité.

Dans 56 cas, *l'ataxie était généralisée* (95 p. 100). Elle a *complètement disparu* dans 16 cas (16+3=19, soit *25 0/0*) dont 14 qui n'avaient eu que des troubles légers, et 2 des troubles

d'intensité moyenne. On peut donc en déduire (ainsi qu'il était facile de le prévoir), qu'il est plus aisé de guérir les malades qui n'ont que des troubles légers. Cependant, cette conclusion n'est pas rigoureusement exacte.

En effet, parmi les ataxiques atteints de formes légères et diffuses, certains d'entre eux s'améliorent avec peine et récidivent à plusieurs reprises. Il s'ensuit que, dans ces cas, et sans qu'on en puisse trouver de raison ailleurs que dans la malignité spéciale de la maladie, l'amélioration n'est pas proportionnelle à la légèreté apparente des désordres. D'autre part, si l'on ne tient pas compte du temps passé au traitement, on constate que certains malades, atteints de troubles très accentués, font des progrès plus remarquables que des malades atteints de troubles légers. Dans ce cas, avec un traitement plus long, la balance s'établit en faveur des malades ayant de gros troubles, qui se trouvent ainsi plus améliorés que ceux atteints de troubles légers.

Dans les 40 cas restants, l'amélioration fut tout à fait remarquable chez 26 malades (*33 0/0*); nette, mais insuffisante chez les 14 autres (*17 0/0*); mais 8 d'entre eux avaient fait un traitement trop court et 6 un traitement absolument insuffisant.

En règle générale, l'amélioration fut donc proportionnelle au temps consacré au traitement. C'est-à-dire que plus les désordres étaient intenses et généralisés, et plus le temps consacré à les faire disparaître dut être long; mais cependant, il faut tenir compte des circonstances individuelles qui permettent à certains malades de consacrer à leur traitement plus d'intelligence, de patience et d'énergie, dans un temps donné, que d'autres ne le peuvent faire.

Il faut signaler que certaines formes d'ataxie, où l'on voit apparaître à tout moment des accidents nouveaux, et d'autres

formes qui s'accompagnent de douleurs violentes, d'insomnies, de lassitude, de dépression ou de fièvre, etc., contrarient la marche du traitement et s'opposent à ses bons effets.

Ces exceptions étant mises à part, on arrive à cette conclusion que *la rééducation améliore l'ataxie en raison directe de la durée du traitement et de l'application du malade, et en raison inverse de l'intensité de la maladie et de l'étendue des troubles moteurs.*

Groupons, en effet, l'ensemble des chiffres que nous venons d'énumérer dans la série de ces analyses :

Nombre des malades présentés	78
Traitements nuls	25 0/0
— insuffisants	16 —
— incomplets	26 —
— complets	33 —
Améliorations nulles	25 —
— insuffisantes	17 —
— suffisantes	33 —
Restitution intégrale	25 —

C'est donc, au total, 75 p. 100 des malades présentés qui sont soignés et améliorés (59/78) (1).

Si nous comparons maintenant ces résultats au nombre des malades soignés, nous obtenons :

Malades soignés	59
Améliorations	59
Restitution intégrale	19 soit 32 0/0
Résultats incomplets	40 soit 68 —

Donc, tout malade soigné s'améliore et, sur trois malades soignés, il en est un qui parvient à une pseudo-guérison.

(1) On voit que le nombre des restitutions intégrales est inférieur au nombre des traitements complets. C'est là une petite déperdition (8 0/0), qui est habituelle dans toutes les thérapeutiques.

Dans l'ensemble, ces chiffres sont très satisfaisants, puisqu'ils donnent, en somme, *75 p. 100 d'amélioration* sur l'ensemble des malades à rééduquer; que, d'autre part, il n'y a aucun véritable échec; et qu'enfin, *32 p. 100* des malades se soumettant à toutes les obligations du traitement, arrivent à la *restitution intégrale des fonctions motrices.*

VI

RÉFLEXIONS

Il nous paraît utile de faire suivre l'étude de ces chiffres de quelques réflexions basées sur la lecture de nos observations.

Nous avons vu que les femmes étaient proportionnellement plus nombreuses parmi les malades qui avaient échoué dans la rééducation que parmi ceux qui avaient réussi. La raison en est que les femmes sont moins accoutumées à exercer un contrôle sur leurs muscles et à pratiquer les exercices physiques. Aussi le but et l'importance de la rééducation leur apparaissent-ils moins nettement qu'aux hommes, alors que cette thérapeutique leur demande cependant plus d'efforts.

Chez les hommes, l'âge n'a que très peu d'importance. Parmi nos malades arrivés à la *restitutio ad integrum*, figure un *vieillard* de plus de 70 ans. Parmi ceux qui ont recouvré la marche, est un homme de 67 ans. Il ne marchait plus depuis treize ans. L'ancienneté de l'ataxie n'a pas non plus beaucoup d'importance. Nous avons vu disparaître, en quelques jours, des troubles moteurs datant de 5, 6 et même plus de 10 ans.

Les arthropathies avec destruction ou laxité des capsules

et des ligaments, la disposition aux fractures spontanées, peuvent être des contre-indications à la rééducation ; mais les anciennes fractures, les déformations osseuses, les arthropathies, même énormes, *sans laxité ligamentaire anormale et sans déplacement* ne gênent en rien le traitement. On ne peut donc, sur ce point, énoncer de règle générale.

L'éducation, l'intelligence, l'énergie du sujet sont des facteurs excessivement importants de succès. Les officiers, les sportsmen sont les meilleurs sujets. *Un homme intelligent et énergique doit guérir.* Au contraire, les hommes peu habitués à la compréhension des exercices du corps, à l'énergie physique, réussissent moins bien.

L'état moral du sujet a moins d'importance. Certains malades découragés, déprimés, persuadés que les exercices ne leur serviront à rien, s'améliorent cependant. D'autres, pleins d'enthousiasme, se félicitant de résultats imaginaires, ou exagérés, progressent mal. Cette seule considération suffirait à prouver que la suggestion n'est pour rien dans les améliorations obtenues par la rééducation.

Du reste, toute l'histoire de ces améliorations démontre qu'*elles sont rigoureusement proportionnelles à la durée et à l'intensité de l'effort fourni par le patient;* et ce n'est pas ainsi que surviennent les améliorations par suggestion.

Le milieu est aussi un facteur très important de succès. Les malades isolés, ou entourés de familles ignorantes des conditions d'une cure de rééducation, ont besoin d'une somme d'énergie beaucoup plus grande, de soins exceptionnels, et s'améliorent beaucoup plus lentement. Au contraire, les malades placés dans un milieu où ils sont constamment surveillés, entraînés, encouragés et corrigés, s'améliorent avec une rapidité très grande. C'est la constitution de ce milieu, exceptionnellement favorable, qui nous

a permis de réduire considérablement à La Malou la durée ordinaire des cures de rééducation et d'obtenir des succès beaucoup plus avantageux (1).

Il est absolument nécessaire que le malade soit visité et exercé une ou plusieurs fois par jour. Abandonné à lui-même, ou à des surveillances incompétentes, il ne peut avoir les bénéfices réels d'une cure de rééducation.

Les résultats donnés par la rééducation sont durables et vont en s'accroissant. Plusieurs de nos malades, suivis pendant 3, 4, 5 années, n'ont cessé de s'améliorer. Aucun n'a eu de rechute. Il n'est pas nécessaire que le malade soit constamment placé sous la surveillance du médecin, mais il faut que de temps en temps il s'y remette, et que, dans l'intervalle de ces cures, il conserve les préceptes qui lui ont été donnés.

Indépendamment du résultat évident sur les fonctions motrices, *la rééducation a une action sur l'état général*, qui est plus importante encore. Par les exercices du corps, elle entretient ou rétablit les fonctions respiratoires et digestives, la chaleur, l'énergie, l'appétit, l'embonpoint, la bonne humeur du sujet. Par l'amélioration de ses mouvements, elle lui fait entrevoir la perspective d'une guérison, et entretient son espoir et son courage. Elle transforme un impotent, un incurable, en un convalescent, qui évolue, non plus vers le désespoir et la mort, mais vers la vie et la guérison.

Et comme le tabès n'est pas la maladie fatalement progressive que l'on croyait autrefois; comme d'ordinaire, après

---

(1) La moyenne de leur durée dans cette station est en effet notablement inférieure à celle que l'on demande d'ordinaire, et à celles que nous avions coutume d'observer en dehors de cette station.

quelques poussées, il s'arrête ou même rétrocède, comme le tabétique soigné n'infecte ni sa vessie, ni ses bronches, et perd, par conséquent, ses deux principales occasions de cachexie et de mort ; comme l'ataxique rééduqué voit disparaître les gros troubles des fonctions intestinales, qui constituent son tourment le plus habituel ; — aucun de nos malades n'a eu, pendant nos années d'observations, de rechute ou de poussée grave de tabès, et tous marchent vers une guérison clinique que certains ont déjà obtenue (1).

Voilà comment peut vivre un tabétique.

Les insuccès viennent seulement du manque d'énergie et de la volonté de guérir qu'on rencontre chez certains malades, ou encore de mauvaises directions thérapeutiques qui les épuisent, les déconcertent, les découragent. Ces malheureux, lassés de vaines tentatives, on n'ayant point de courage pour entreprendre et de ténacité pour continuer, s'abandonnent à leurs idées tristes et à leur maladie. Écroulés, avachis dans des meubles informes et trop vastes, ils perdent peu à peu l'usage de tous leurs muscles, cessent de faire des mouvements respiratoires suffisants, de vider leur vessie et leur intestin. Ils perdent l'appétit et l'entrain, cessent de parler, de se distraire, et voient, tous les jours, diminuer leurs forces et leur poids. Émaciés, affaiblis, sans résistance, ils laissent s'infecter leurs cavités, dont les parois atoniques ont oublié leurs fonctions normales. C'est la vessie d'abord, puis les voies respiratoires, encombrées de mucosités sta-

(1) Un tabétique, qui ne conserve de son tabès, par exemple, que le signe d'Argyll, l'abolition des réflexes patellaires, et quelques douleurs transitoires, peut être considéré comme guéri, en ce sens qu'il peut vivre de la vie ordinaire et reprendre ses fonctions, parfois très actives et fatigantes, comme celles d'officier, d'industriel, de voyageur de commerce, etc.

gnantes, et l'intestin, jamais complètement exonéré. L'infection et la fièvre les cachectisent. L'incoordination des muscles du larynx les met en danger de mort à chaque accès de toux. Et tous ces désordres, qu'une direction plus juste et plus énergique aurait bien facilement évités ou fait disparaître, arrivent peu à peu à détruire des organismes robustes.

Voilà comment meurent les tabétiques.

BIBLIOGRAPHIE

Abdominales méconnues. — Les déséquilibrés du ventre sans ptose. Thérapeutique pathogénique, par le Dr A. Monteuuis. Lettre-préface de M. H. Huchard.

Le livre de M. Monteuuis se recommande autant par l'originalité des idées que par le soin que met l'auteur à tirer de la théorie des déductions pratiques.

Il est inspiré par ce principe, dont la valeur se vérifie de plus en plus, que, « si la fonction fait l'organe, c'est la maladie de la fonction qui fait souvent la lésion de l'organe, et, que si l'on veut prévenir la lésion si souvent incurable, c'est la maladie fonctionnelle qu'il faut d'abord chercher à reconnaître parce qu'elle est encore justiciable de la thérapeutique ».

Les études antérieures de M. Monteuuis sur l'entéroptose l'avaient déjà amené à conclure que le vieille maxime « tota mulier in utero », ne contient qu'une part de vérité. Aujourd'hui il précise davantage et soutient que la femme qui souffre d'une façon habituelle et déconcerte le clinicien par un cortège disparate de symptômes neurasthéniques, n'est généralement pas une simple utérine, peu souvent une entéroptosique, mais, dans bien des cas trop fréquemment ignorés, une simple abdominale.

Etablir le rôle que joue l'abdomen dans la genèse d'affections considérées à tort comme d'ordre exclusivement gynécologique, montrer que la femme est souvent déséquilibrée du ventre sans être ptosique, tel est le but poursuivi par M. Monteuuis.

La question touche à celle de l'hypertension portale, « la pléthore abdominale des anciens ».

La thérapeutique occupe une place prépondérante dans cet ouvrage, puisque 70 pages sont consacrées à l'exposé clinique et près de 300 au traitement. Dans cette dernière partie, l'auteur met en relief les indications des différents régimes alimentaires, de l'hygiène générale, des grands agents naturels, air, eau, soleil, exercice, repos, changement de milieu, et des agents physiques, massage, gymnastique, hydrothérapie.

Tous les médecins liront ce livre avec le plus vif intérêt, et en retireront pour leur pratique le plus grand profit. Félix Bernard.

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Pharmacologie.

La lécithine. — Étude clinique et physiologique. — Administrée par la voie gastrique, à dose thérapeutique de 0 gr. 30 à 0 gr. 60 par jour, la lécithine ne passe pas dans l'urine. M. Maillon (*Th. de Lyon*, 1902) fait observer que si elle était éliminée par la voie rénale, on devrait trouver dans l'urine une augmentation de l'acide phosphorique, des phosphates ou de l'acide glycéro-phosphorique en plus grande quantité. Or, la recherche de ces deux acides, pratiquée avant et pendant l'administration du médicament, montre que la quantité de l'acide phosphorique total éliminé ne change pas.

Le médicament est toujours bien toléré, et dans la majorité des cas suivis par M. Maillon, il produisit une augmentation de l'appétit. L'action sur le poids des malades se traduisit par une augmentation constante chez les chlorotiques et inconstante chez les tuberculeux. Même chez ces derniers cependant, l'augmentation fut la règle.

L'action de la lécithine sur la composition des urines, étudiée uniquement au point de vue de l'élimination de l'urée et des phosphates, fut la suivante : en premier lieu, dans presque tous les cas, soit chez le sujet sain, soit chez les tuberculeux, chlorotiques et nerveux, l'élimination de l'urée et des phosphates ont été parallèles, l'augmentation de l'urée entraînant une augmentation simultanée des phosphates et, inversement, sa diminution s'accompagnant d'une diminution concomitante des phosphates. De plus, ces variations parallèles se sont faites sensiblement dans les mêmes proportions pour les deux substances, en sorte que le rapport entre chacune d'elles n'a pas varié ou bien n'a varié que dans des proportions négligeables.

En outre, les variations des deux courbes de l'élimination de l'urée et de l'acide phosphorique ont paru à M. Maillon, être en raison directe de l'état général et spécialement de l'état du poids des malades traités. Quand, pendant le traitement, le poids était en augmentation chez les malades, il y avait élévation simultanée ou état stationnaire de la courbe de l'urée et de celle des phosphates. Quand, au contraire, le poids diminuait, on voyait baisser ces deux courbes.

La courbe de l'urée et celle des phosphates varient donc dans le même sens que la courbe du poids des malades en traitement. Si la lécithine influe sur la composition des urines, ce n'est qu'indirectement, après avoir modifié le poids des malades, et non pas en exerçant une action spéciale sur l'excrétion de l'urée et de l'acide phosphorique.

Maladies infectieuses.

La peste et son mode de propagation. — Durant les trois années qu'il a passées comme médecin sanitaire maritime dans diverses régions contaminées par la peste, M. Borel a fait de nombreuses observations consignées dans un important mémoire publié dans la *Revue d'hygiène* (20 septembre 1900). Étudiant d'abord les épidémies de peste à terre, il conclut que la mortalité sur les rats précède d'environ un mois l'apparition des premiers cas humains. Le rôle des objets dans la contagion lui semble nul. Les malades atteints de peste à forme bubonique sont, selon lui, impuissants à contagionner les hommes sains. Ceux atteints de septicémie ou de pneumonie pesteuses peuvent propager l'épidémie, mais pas au delà de leur entourage immédiat. Les cas de septicémie ou de pneumonie pesteuses ne s'établissent pas d'emblée mais relèvent toujours d'une épidémie bubonique précédente. Les rats ou autres rongeurs malades sont seuls à jouer un rôle actif dans la propagation de la peste à travers une ville. Cependant les insectes, moustiques ou puces, peuvent transmettre la septicémie pesteuse dans l'entourage d'un malade atteint de cette forme pesteuse.

Étudiant ensuite les épidémies de peste à bord des navires, M. Borel, estime que la mortalité des rats s'y produit trois semaines environ avant le premier cas humain. Les gens du service des vivres et les indigènes sont les premiers et les plus fréquemment atteints. En outre, des contaminations de villes ont eu lieu après le passage dans leur port de trois navires n'ayant pas encore ou n'ayant plus à leur bord de cas humains. Les malades atteints de peste bubonique sont, selon M. Borel, impuissants à créer la contagion autour d'eux à bord. Les malades atteints de peste septicémique ou pneumonique ne peuvent pas étendre l'infection au delà de leur entourage immédiat. Les rats malades jouent seuls un rôle actif dans l'éclosion d'une épidémie à bord et sa propagation à terre. Ce sont donc surtout les navires où s'est produite la mortalité sur les rats, sans tenir compte de la présence à bord des cas humains, qui sont extrêmement dangereux.

M. Borel montre enfin le rôle important joué par la chaleur et les conditions atmosphériques (le bacille mourant à + 50° en une heure). Et il croit que si les pays de l'hémisphère austral ont été contaminés par la peste, c'est que les navires ont pu, grâce à leur rapidité, franchir en assez peu de temps la ceinture de défense formée par la zone équatoriale, ceinture qui les avait protégés jusqu'à présent.

Il tire de toutes ces constatations des conclusions fort intéressantes sur la manière dont la peste est sortie du Yun-Nan pour gagner l'Europe en infectant les escales successives.

Maladies des voies respiratoires.

Résultats du traitement dans les sanatoria de la phtisie pulmonaire. — Le Dr. Engelman a réuni dans une statistique tous les cas traités du commencement de 1899 au milieu de 1900 dans les 49 sanatoria d'Allemagne.

6.273 malades ont été soignés dont 227 firent deux séjours dans

ces établissements; la durée moyenne du traitement fut de 92,4 jours; l'augmentation de poids, quand elle s'est manifestée, atteignit 5 kg. 8 en moyenne.

Plus d'un tiers des cas appartenait au premier degré de la maladie.

Une amélioration a été observée dans 88 p. 100 des cas, la guérison 7,40 p. 100. Les bacilles ont été reconnus à l'entrée chez 51 p. 100 à la sortie chez 40 p. 100 des malades.

67 p. 100 des malades sortis ont repris leurs occupations antérieures entièrement, 15 p. 100 partiellement, 11 p. 100 ne purent travailler, et 7 p. 100 changèrent de profession. Les résultats de cette période sont de 3 p. 100 supérieurs à ceux de la période précédente. Six mois après l'exéat, les 4/5 des sujets travaillaient encore.

Les résultats immédiats sont donc incontestablement satisfaisants, malheureusement le bénéfice obtenu ne se maintient pas indéfiniment.

Parmi les malades anciennement traités, on constate en effet, au bout de quatre ans, quatre cinquièmes de décès ou d'incapacité de travail absolue. La proportion commence à se renverser vers la fin de la deuxième année après l'exéat.

Parmi les sujets sortis avec capacité de travail complète, la diminution de la capacité au travail ne devient marquée qu'au bout de trois à quatre ans. Pour les malades au premier degré la proportion est alors de 45 p. 100.

M. Engelman voudrait que l'on n'admît dans les sanatoria que les malades au premier degré, en effet, ***on ne saurait compter que sur une guérison au point de vue social et non au point de vue scientifique***, puisque presque tous les malades présentent encore des bacilles à la sortie. Enfin, la capacité de travail ne se maintient, à la fin de la quatrième année après la sortie, que pour un quart environ des sujets traités.

Maladies du tube digestif et de ses annexes.

Le massage direct du foie et des voies biliaires. — Le massage du foie, dit M. Krikors (*Journ. des Praticiens*, 7 juin 1902), est appelé à rendre des services dans certains diabètes intermittents, dans les phases initiales des cirrhoses, dans l'ictère chronique, dans la lithiase biliaire et les congestions passives. Sa technique varie peu dans les différents états pathologiques. Son but est toujours d'agir sur la circulation hépatique, sur la circulation biliaire, sur la cellule hépatique elle-même. Ce seront des effleurages sur les parties qui débordent; de l'*écrasement* contre la face antérieure, en profitant de l'abaissement du foie pendant les inspirations profondes; du *pétrissage* de la face inférieure, en profitant du relâchement de la paroi abdominale pendant l'expiration pour enfoncer les doigts de plus en plus profondément pendant l'expiration et sans laisser perdre le terrain gagné pendant l'inspiration. Avec un peu d'habitude et beaucoup de douceur on arrive réellement de cette façon, chez des individus à paroi abdominale pas trop épaisse ou tendue, à toucher une grande partie de la face inférieure du foie. Si le malade est assis et se laisse tomber un peu en avant, en relâchant bien les muscles abdominaux, on arrive encore plus profondément. Les *vibrations* peuvent se faire avantageusement dans cette position. Elles semblent avoir pour effet d'exciter la sécrétion biliaire. Toutes ces manœuvres seront faites avec beaucoup de ménagement. Il faut procéder avec une extrême prudence, car le foie est un organe délicat qu'il convient de ne pas brutaliser.

Gynécologie et obstétrique.

Opération césarienne, suivie de l'ablation complète de l'utérus et des annexes avec issue heureuse pour la mère et pour l'enfant. — Observation très intéressante, au sujet de laquelle M. Delbet a fait un remarquable rapport à la société de chirurgie, et relatée par l'auteur M. Lévêque dans les *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, janvier 1902.

M. Lévêque était intervenu pendant le travail à terme, à cause

d'une atrésie cicatricielle du vagin survenue au cours de la grosssesse.

La conclusion qui paraît découler, c'est que dans tous les cas de ce genre, la césarienne conservatrice est à rejeter. L'opération de Porro, c'est-à-dire la césarienne radicale à pédicule externe, paraît elle-même ne présenter aucun avantage sur celle à pédicule interne, et n'apporte guère en plus que les inconvénients du traitement extra-péritonéal. Les méthodes modernes d'ablation, celles qui ont répudié la ligature en masse de l'isthme utérin, présentent les meilleurs procédés opératoires applicables aux cas d'atrésies graves du vagin, compliquant la grossesse et l'accouchement : l'hystérectomie totale post-césarienne et, de préférence, la subtotale, quand elle est possible, constituent aujourd'hui les interventions de choix (césariennes radicales sans pédicule).

Des injections sous-arachnoïdiennes de cocaïne en obstétrique. — Il serait certainement téméraire d'engager l'avenir, dit M. Puech (de Montpellier). Et nul n'en a le droit. La rachicocaïnisation est de date trop récente pour qu'on puisse se permettre de porter à son égard un jugement définitif.

A ne s'en tenir qu'aux résultats de l'heure présente, la cocaïne en injection intra-rachidienne me semble pas appelée à rendre à l'accoucheur des services supérieurs à ceux des anesthésiques usuels.

Après comme avant la rachicocaïnisation, la question de l'accouchement sans douleurs se pose toujours. Dans les accouchements nécessitant une intervention, ses avantages sur le chloroforme sont loin d'être suffisamment établis.

D'autre part, la technique des injections intra-rachidiennes en obstétrique est assez délicate.

Leur emploi, à mon avis, ne doit pas être conseillé dans la pratique obstétricale courante. (*Gaz. des hôp.*, 27 juillet 1901.)

FORMULAIRE

Contre les coliques avec météorisme.

Teinture d'anis	XX	gouttes.
Ether sulfurique	XXX	»
Laudanum de Sydenham	X	»
Sirop simple	50	gr.
Eau de mélisse	125	»

Une cuillerée à soupe toutes les deux heures.

Ou :

Sirop d'opium — d'anis	ââ 10 gr.
— d'éther Eau de menthe Eau	ââ 50 »

(G. Lyon.)

ou encore :

Elixir parégorique	8	gr.
Liqueur d'Hoffmann	2	»
Sirop d'éther	20	»
Eau chloroformée	30	»
Eau de menthe	60	»

par cuillerée à soupe toutes les heures ou toutes les deux heures, selon l'intensité des crises (J. N.).

Contre la dilatation de l'estomac chez les enfants.

Poudre de noix vomique	0 gr. 01
Bicarbonate de soude Magnésie calcinée	ââ 0 » 20
Pepsine	0 » 10

Pour un paquet, à prendre matin et soir avant le repas (enfant de 3 à 5 ans), n°20. Continuer 10 jours, suspendre 10 jours et recommencer (Comby).

L'Administrateur-Gérant : O. DOIN.

Imp. F. Levé, 17, rue Cassette. — Paris-6e Arrt.



Les billets de banque et la petite vérole. — Les abstinents en Angleterre. — Le sérum antidiphtérique en Amérique. — Le record de la boisson. — La crédulité publique. — La vaccine en Alsace-Lorraine. — Contre la dépopulation. — Un hygromètre respiratoire

Le conseil d'hygiène de Cleveland, dans l'Ohio, vient de prévenir toutes les banques locales d'avoir à envoyer à Washington, pour les faire remplacer par des neufs, les billets de banque qu'elles ont en ce moment ou qu'elles recevront.

Cette décision a été prise, dit la *Lanterne*, parce que l'on croit que plusieurs billets de banque, actuellement en circulation, ont été infectés par la petite vérole.



On sait qu'à l'occasion de son couronnement, le roi d'Angleterre a offert un dîner à 500.000 pauvres de Londres.

Dans la plupart des hall où le dîner était servi, il y avait une table pour les abstinents, clairement désignée à quiconque voulait en user. Dans d'importants districts, comme Battersea et Wandsworth, aucune indication spéciale ne fut nécessaire, car chaque table était privée de toute boisson alcoolique.



Le bureau d'hygiène de l'état Massachusets estime que dans les sept dernières années, 11.000 existences ont été sauvées dans cet État, grâce à l'emploi du sérum antidiphtérique. La préparation de ce dernier sérum a commencé dans l'État Massachusets en 1895. Or, la mortalité par diphtérie qui était, de 1891 à 1894, de 28,3 p. 100, est tombée, en 1895, à 18,9 p. 100 et en 1901 à 10,5 p. 100.



Ce n'est pas un Polonais, comme on pourrait le croire, mais un Américain de soixante-dix ans, nommé Mooney, qui détient actuellement le record de la boisson. Il habite le Kentucky. Quoique médecin, il boit de 20 à 25 verres de whiskey par jour, sans compter le vin et la bière, et cela depuis l'âge de douze ans. Il a calculé qu'il a dépensé ainsi, en frais d'arrosage pour son gosier, la somme de 300.000 francs. Il eût assurément pu faire un meilleur usage de la fortune que cette somme représente.



Les malades ont fort à faire de se défendre contre les promesses mirifiques des guérisseurs de tuberculose et des créateurs d'Instituts antibacillaires et antiphymiques. En général, ils se contentent de ne pas guérir « sans murmurer ». Ceux de New-York paraissent être de moins bonne composition, et quelques-uns des « patients » d'un de ces Instituts pour la cure de la phtisie viennent de poursuivre le directeur de l'établissement pour n'avoir pas tenu ses promesses. Celui-ci a déclaré qu'il ne garantissait pas la guérison, bien que 80 p. 100 des malades

traités pour tuberculose, asthme ou bronchite, sortissent guéris de son Institut.

Après avoir entendu les plaignants, le juge a déclaré qu'il n'y avait pas lieu à poursuivre. « Il n'y a pas de loi, a-t-il dit, contre la crédulité, et ce n'est pas l'affaire de la justice d'empêcher les gens de faire des bêtises, si cela leur plaît. »



La vaccination est obligatoire en Alsace-Lorraine; elle est pratiquée gratuitement par les médecins cantonaux et communaux. On a toujours recours au vaccin animal dont la vente n'est autorisée que s'il est récolté depuis moins de trois mois, que s'il est mis à l'abri de la lumière et conservé dans un lieu frais. Chacun demeure libre de s'adresser au médecin de son choix. à condition de produire un certificat médical, constatant le résultat de l'opération. Les résultats ont été tels que, sur une population de 1.719.470 habitants, on n'a observé de 1897 à 1901 que douze varioleux avec un seul décès.



On se marie trop tard. A la Société d'anthropologie M. Dumont a prononcé un éloquent plaidoyer en faveur des mariages relativement précoces. « Supposons, a-t-il dit, que l'âge moyen du mariage qui est actuellement de vingt-huit ans pour l'homme et de vingt-trois ans pour la femme soit avancé d'une année seulement. La première conséquence, c'est que le nombre des mariés serait accru de 250.000 — ceci ressort des statistiques — et la société bénéficierait d'un surcroît de plus de 40.000 naissances. Partant, la natalité française, qui est actuellement de 21,9 pour 1.000 habitants, passerait de 26 à 28. » Inutile d'insister sur l'importance de ce résultat.

°°°

Il a été récemment présenté à l'*Académie des Sciences* par M. Gaston Bonnier, un instrument dû à M. Lesage, destiné à mesurer la tension de la vapeur d'eau dans les poumons. Les mesures faites avec cet hygromètre respiratoire montrent que l'air expiré provenant des poumons n'est pas saturé de vapeur d'eau ; que la tension de celle-ci est plus grande dans les parties profondes de l'organe ; que cette tension dépend de l'humidité de l'air inspiré ; qu'enfin elle varie notablement avec l'état du sujet. Cet hygromètre est à condensation ; on peut faire varier à volonté, au moyen d'eau chaude ou d'eau froide, la température du tube argenté sur lequel doit se faire la condensation.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Considérations sur le traitement local des maladies infectieuses et plus particulièrement de la syphilis (1),

par H. Hallopeau.

Prendre pour thème cette question alors que les échos du monde médical retentissent encore de la brillante conférence de M. le professeur Bouchard au récent congrès du Caire, c'est à coup sûr encourir le reproche de témérité ; si je m'y détermine cependant, c'est dans la conviction que l'éminent maître n'a pas épuisé le sujet et qu'il a laissé beaucoup à glaner derrière lui ; j'y suis d'ailleurs encouragé par l'instigation de votre comité d'organisation qui, dans son programme, a signalé cette question parmi celles qu'il a proposées comme devant être plus spécialement traitées dans nos réunions.

Je dirai d'abord quelques mots relativement à l'historique de ce traitement. M. Bouchard a cru pouvoir le passer complètement sous silence ; déjà, il s'est attiré ainsi les justes réclamations de MM. Albert Robin et Laborde ; permettez-moi d'y ajouter quelques indications *pro domo mea* : en effet, depuis le début de ma carrière hospitalière, le traitement local des maladies infectieuses a été une de mes constantes préoccupations, et l'on en trouve diverses marques dans notre littérature.

---

(1) Ce travail vient d'être communiqué au XIVe congrès international de médecine.

Dès 1878, dans notre monographie sur l'*action physiologique et thérapeutique du mercure*, nous mettions en relief, d'après Serres, l'action du sulfure noir sur les plaques de Peyer, ainsi que d'après Lesser, Liebermeister et autres, l'utilité du calomel dans le traitement local de la fièvre typhoïde, puis les effets des frictions mercurielles sur les pustules varioliques qu'elles font avorter, l'action neutralisante du sublimé sur le vaccin mise en lumière par Chauveau, l'action favorable du calomel dans la dysenterie, et enfin celle de diverses préparations mercurielles employées localement contre différentes manifestations de la syphilis.

Cette même année, en offrant ce travail à la Société de biologie nous disions, pour expliquer ces actions locales : « *Le mercure agit sur les virus et les contages, comme sur tous les êtres vivants, par son action toxique universelle.* »

Deux ans plus tard, en 1880, nous avons communiqué à la Société médicale des hôpitaux deux mémoires intitulés, l'un, *Traitement de la fièvre typhoïde par le calomel, le salicylate de soude*, l'autre, *Traitement de l'érysipèle par le salicylate de soude employé* INTUS *et* EXTRA : nous y disions que notre but était, par ces deux médications, d'*agir directement sur les agents infectieux évoluant, l'un dans l'intestin, l'autre dans le derme.* J'avais déjà auparavant, après Vulpian et Bochefontaine, traité localement, dans l'idée d'agir sur son agent pathogène, le rhumatisme articulaire par l'enveloppement avec des compresses imprégnées d'une solution de salicylate de soude; comme M. Bouchard, Vulpian l'avait employée en injections articulaires.

Plus récemment, en 1889, nous avons communiqué au congrès international de thérapeutique un travail sur le *traitement local des syphilides*. On trouvera enfin dans les Bulletins de la Société française de dermatologie, nombre de

notes dans lesquelles nous avons préconisé le traitement des syphilides par les préparations mercurielles appliquées localement et particulièrement, en contradiction réitérée avec M. le professeur Fournier, par le sublimé en solution étendue. Si nous voulions continuer cet historique, nous verrions que les partisans du traitement local des syphilides par le mercure s'appellent légion et remontent au XV[e] siècle : nous devrions, en effet, citer parmi eux Marcellus Cumanus, qui écrivait en 1495, Jean de Vigo, Fracastor, Alfonso Ferri, Brassavola, van Swieten, Alibert, Swediaur, Lagneau, Diday, la plupart des auteurs des traités dogmatiques et, parmi ces derniers, tout récemment, en première ligne, MM. Kaposi, Neumann, Jadassohn et Berdal. Il résulte de cet aperçu que M. Bouchard n'a fait que continuer, par son intéressante communication, l'œuvre de nombreux devanciers.

Cependant, à côté de ces énumérations favorables à ce mode de traitement, nous aurions à signaler les lacunes singulières que l'on trouve à cet égard dans les écrits de syphiligraphes des plus autorisés. Il va sans dire que Bazin, dans ses leçons sur les syphilides, n'y fait aucunement mention du traitement local : c'était la conséquence de ses doctrines pathologiques; mais, de nos jours, il y a des ouvrages importants dans lesquels le traitement spécifique local est relégué presque constamment sur le second plan : c'est ainsi que, dans son livre magistral sur le traitement de la syphilis dont vient de paraître la dernière édition, M. le professeur Fournier, tout en faisant incidemment mention du traitement local par les emplâtres, les bains, le nitrate acide de mercure, néglige de consacrer au traitement local un chapitre spécial; de même, MM. Zeissl, Emery, Tenneson, Mrazek, ne mentionnent le plus souvent les topiques mercuriels que parallèlement aux plus indifférents et sur le

même pied; un autre, des plus autorisés, ne craint pas d'affirmer que le *traitement local est rarement utile.*

Adopter cette manière de voir, c'est, à notre sens, se priver de ressources souvent d'une importance capitale dans la pratique en même temps que méconnaître les indications fournies par la pathogénie des néoplasies infectieuses; aussi, Diday était-il bien plus dans la vérité lorsqu'il écrivait, en 1881, dans son traité intitulé : *la Pratique des maladies vénériennes*, en parlant du traitement local : « *On le croyait autrefois nuisible, il est toujours utile, souvent nécessaire, parfois indispensable; il peut même, dans plus d'un cas, être à lui seul suffisant.* » Nous venons de voir que le grand syphiligraphe lyonnais n'a malheureusement pas été suffisamment écouté.

L'importance du traitement local des maladies infectieuses peut être considérée comme une des conséquences de la révolution accomplie dans le monde scientifique par les découvertes de Pasteur, de Villemin et de Koch : chaque fois qu'un organisme est envahi par un contage, on peut recourir à *deux ordres de moyens* pour essayer d'en enrayer l'évolution morbide : *l'un a pour objet de rendre cet organisme réfractaire au développement de ce contage;* c'est ainsi qu'agissent les inoculations de sérum obtenu, soit avec des cultures bacillaires, soit avec le même virus atténué : il en est de la sorte pour le vaccin et pour les agents pathogènes de la diphtérie, de la peste, de la rage, de la fièvre typhoïde : c'est ainsi également, toutes différences gardées, qu'agit, suivant toute vraisemblance, la cure d'altitude sur la tuberculose pulmonaire : le jour où l'on possédera un sérum préventif ou curateur pour toutes les maladies infectieuses, le traitement local se trouvera nécessairement relégué au second plan comme il l'est pour la diphtérie ; mais, nous n'en

sommes pas là, et force *nous est de recourir à l'autre mode d'action qui n'est autre que la destruction de l'agent infectieux.*

Les agents parasiticides peuvent être mis en contact avec le contage, soit indirectement par l'intermédiaire de la circulation générale, soit localement.

Nous rappellerons que le traitement local donne de bons résultats dans la *variole*, l'*érysipèle*, le *farcin*, la *pustule maligne*, les *tuberculides* que seul il peut modifier, ainsi que dans les localisations cutanées des staphylococcies et des streptococcies. Nous insisterons particulièrement sur les différentes médications locales que l'on peut employer dans la syphilis.

Ainsi que nous l'avons établi plusieurs fois dans nos publications, c'est à tort que l'on considère généralement cette maladie comme demeurant *totius substantiæ;* si elle l'est jamais, cela ne peut être que bien passagèrement, car, très peu de temps après ses manifestations les plus disséminées, la plupart des tissus de l'organisme réagissent comme chez un sujet sain; la maladie n'est plus constituée que par des foyers isolés, nombreux au début, de plus en plus rares à mesure que l'infection devient plus ancienne; ces foyers, manifestes ou latents, en sont alors les seuls éléments constituants; toutes les autres parties de l'organisme sont redevenues saines, si elles ont été touchées; nous avons mentionné ce fait que, chez des sujets en pleine évolution secondaire, des plaies contuses peuvent se réunir par première intention et par conséquent intéressent des tissus sains. Or, si l'on peut attaquer localement, par une médication spécifique, chacun de ces foyers, on peut par cela même guérir la maladie.

Partant de ce principe, nous formulons ainsi qu'il suit notre règle de conduite à cet égard : *contrairement à la manière*

de voir exprimée par la plupart des syphiligraphes, tout syphilome doit être traité localement par les agents spécifiques, chaque fois qu'il leur est accessible, en même temps que par la médication générale qui n'est elle-même, comme nous venons de l'indiquer, qu'un moyen d'amener le parasiticide spécifique en contact avec l'agent infectieux.

Cette formule est applicable à toutes les manifestations de la maladie : il semblerait, au premier abord, que le chancre induré dut faire exception, car il paraît avéré aujourd'hui que son extirpation, qui est le plus radical des traitements locaux, n'empêche pas la maladie d'évoluer : or, cette déduction serait fautive, car nous avons constaté, dans plusieurs communications à la Société française de dermatologie, d'accord avec M. Morel-Lavallée, que les syphilides voisines de l'accident primitif présentent assez fréquemment un caractère de gravité plus grand que les autres. C'est donc que la virulence de l'agent spécifique atteint son maximum dans cet accident primitif; il est dès lors indiqué, soit, recourant au traitement local par excellence, de pratiquer l'ablation du chancre induré chaque fois qu'elle peut se faire dans des conditions favorables, comme, par exemple, lorsqu'il s'agit d'un chancre du fourreau, soit de le détruire par des caustiques spécifiques tels que le nitrate acide de mercure avec cocaïnisation, de préférence au sublimé en poudre que nous avons vu provoquer une trop vive irritation, soit d'en atténuer la virulence par des topiques mercuriels tels que la pommade au calomel, ou, de préférence, la solution de sublimé au cinq millième en application permanente.

A de rares exceptions près, le traitement spécifique local doit primer celui des infections qui viennent secondairement s'associer aux manifestations ulcéreuses de la malade, et nous considérons comme nocifs, en ce sens qu'ils empêchent

l'emploi local des préparations mercurielles, non seulement les cataplasmes que l'on s'étonne de voir encore conseillés par des maîtres éminents en même temps que les sangsues, mais aussi les solutions boriquées et salicylées, l'aristol, le salol, le goudron, le vin aromatique, la résorcine, le naphtol, le nitrate de plomb, l'onguent canet, le diachylon, l'acide phénique, le chlorate de potasse et autres préparations vantées encore actuellement par la plupart de nos classiques : elles donnent l'illusion du traitement local et restent sans action sur l'agent spécifique.

Nous nous occuperons presque exclusivement des topiques mercuriels; nous devons rappeler cependant que le traitement local des syphilomes par les injections hypodermiques d'iodure de potassium a été mis en pratique il y a plus de vingt ans par M. Besnier, que M. Radcliffe Crocker en fait usage depuis longtemps à la dose de 0,05 à 0,10 centigrammes, et qu'il a fait récemment partie de la communication de M. Bouchard au Congrès du Caire. Nous mentionnerons également l'iodoforme comme un bon succédané des mercuriaux dans le traitement local du chancre induré.

Le temps qui nous est réservé ne nous permettant pas d'exposer ici dans leurs détails les différents modes de traitement local par le mercure, nous insisterons seulement sur ceux qui nous sont propres ou que nous considérons comme trop peu usités.

Le choix et le mode d'application de la préparation doivent nécessairement varier suivant les caractères et l'étendue des manifestations que l'on a sous les yeux.

D'une manière générale, on peut dire que le topique doit être suffisamment actif et dépourvu d'action irritante.

Les injections intra-musculaires, auxquelles nous conseillons de n'avoir recours qu'exceptionnellement, peuvent

constituer un traitement local dans les cas de syphilomes limités, si on les pratique au niveau même de ces néoplasies; c'est à juste titre que M. Lannelongue les a conseillées comme traitement local des syphilomes osseux d'origine héréditaire.

Il est des modes d'administration qui, après avoir été jadis au premier rang, sont tombés en désuétude et peuvent cependant rendre des services : il en est ainsi des bains de sublimé que nous prescrivons avec avantage dans les cas de syphilides généralisées et non ulcérées.

De même, les *inhalations de vapeurs de cinabre et de calomel*, qui semblent n'avoir plus guère qu'un intérêt historique, pourraient cependant rendre des services dans les cas où les cavités faciales, inaccessibles à tout autre traitement local, deviennent le siège des syphilomes qui trop souvent y repullulent indéfiniment, accompagnés d'infections secondaires et parfois de nécroses osseuses (les *aspirations de calomel en poudre* n'y pénètrent pas suffisamment et sont d'ailleurs, pour beaucoup de sujets, trop irritantes).

Les *frictions* doivent être pratiquées partiellement, dans les cas où il s'agit de syphilomes localisés, au niveau même de ces altérations ou dans leur voisinage immédiat : le mercure peut être porté directement, par voie d'absorption, en contact avec les éléments infectieux. Lorsqu'il s'agit d'une muqueuse isolée anatomiquement des parties sur lesquelles sont faites les frictions, cette membrane peut résorber les vapeurs qui s'en dégagent; c'est ainsi que l'on peut s'expliquer la pratique des oculistes qui prescrivent les frictions sur les tempes dans les cas d'altérations de la conjonctive ou de la cornée.

Les frictions locales peuvent être employées au même titre que les emplâtres rouges et de Vigo contre toutes les

syphilides circonscrites non ulcérées; on peut avec avantage y associer le pétrissage conseillé par MM. Mauriac et Balzer; lorsque au contraire il y a ulcération, on peut recourir, soit à une pommade contenant un sel insoluble, soit à une solution des composés mercuriels.

Parmi les préparations insolubles, les plus usitées sont les pommades au calomel et au turbith; il faut n'employer ces préparations qu'en en surveillant attentivement les effets, car il n'est pas rare de les voir déterminer, chez des sujets prédisposés, de vives irritations cutanées; dans ces derniers temps, M. Albert Robin (communication orale) a employé avec grand succès la pommade à l'oxyde jaune de mercure; il a obtenu, par l'application de cette préparation, la guérison de syphilides ulcéreuses malignes qui avaient résisté aux traitements internes les plus actifs. Personnellement, nous avons eu surtout recours jusqu'ici contre ces syphilides ulcéreuses à l'application permanente de solutions d'une préparation active et non irritante.

Parmi ces préparations, il en est qui sembleraient devoir, au premier abord, mériter la préférence : nous voulons parler des combinaisons du mercure avec des sels organiques tels que le *salicylate*, le *benzoate* et aussi cette préparation, très utile pour la médication interne, qui a été introduite récemment dans notre arsenal par MM. Lumière sous le nom d'*hermophényl*; on pourrait citer en leur faveur ce fait qu'on peut les employer à de fortes doses sans provoquer d'irritation : malheureusement, si elles sont si bien tolérées, c'est que le mercure y reste masqué, et il est bien probable que son action thérapeutique locale y est neutralisée comme son action pathogénétique : nous nous sommes assuré en effet, dans une série d'expériences pratiquées avec le concours de M. Boiteux, que l'or mis en contact avec ces

solutions ne s'amalgame pas : il faut, pour qu'elles deviennent actives, qu'elles soient introduites dans l'organisme et s'y transforment.

Force nous est donc de renoncer à ces préparations dans le traitement local des syphilides.

Le sel soluble auquel je m'adresse presque exclusivement est le *sublimé.*

J'ai le vif regret de me trouver, à cet égard, en complet désaccord avec M. le professeur A. Fournier qui, dans son traité récent, vient d'écrire cette phrase : « *Nous proscrivons certains topiques notoirement irritants, nocifs, détestables, tel que le sublimé.* »

Il semble que l'illustre maître ait eu, en traçant ces lignes, comme une réminiscence des vieux antimercurialistes qu'il connaît si bien et qu'il ait pris pour modèle Johannes Baptista Montanus quand il disait : « *Argentum vivum esse pessimum venenum et exterminandum a toto usu medicinæ.* »

C'est une question de doses : en employant le sublimé en solution au cinq millième, on ne produit pour ainsi dire jamais d'effets irritants ; j'en ai pour témoins mes vingt ans de pratique à Saint-Louis, et cependant, ce topique a une activité incontestable : j'ai établi, dans plusieurs communications à la Société française de dermatologie, que les ulcères syphilitiques traités par lui guérissent notablement plus vite que ceux pour lesquels on emploie des antiseptiques sans action spécifique : active et non irritante, cette solution de sublimé réunit les deux conditions essentielles que nous avons indiquées. Elle peut être également employée en bains locaux. On peut la remplacer bientôt par l'emplâtre rouge de Vidal lorsque les ulcérations sont superficielles.

Comme caustique, il faut s'adresser de préférence au

nitrate acide de mercure qui joint son action spécifique à son action destructive : l'emploi de la cocaïne permet aujourd'hui d'éviter la douleur qui faisait autrefois reculer devant l'emploi de cet agent, et il n'y a pas en pareils cas à redouter les accidents de cocaïnisation puisque la cocaïne est détruite rapidement par le caustique.

Chacun connaît l'action héroïque et d'une rapidité surprenante de ce sel sur les néoplasies spécifiques de la bouche; on peut y avoir recours de même dans toute syphilide profonde de dimensions restreintes. Nous insisterons plus particulièrement sur celles de la plante des pieds : en raison de la grande épaisseur que présente l'épiderme dans cette région, elles ne peuvent subir l'action des pommades non plus que des solutions actives en d'autres régions et, sans doute par la même raison, elles résistent de même au traitement interne : l'action profonde du nitrate acide peut aider à en annihiler la spécificité.

Nous formulerons ainsi qu'il suit les conclusions de ce travail :

1° *Il est indiqué, dans toute maladie infectieuse dont on ne peut obtenir la guérison par une modification du milieu organique, d'agir directement, chaque fois que faire se peut, sur l'agent infectieux;*

2° *Ces maladies ne doivent être en effet qu'exceptionnellement considérées comme* totius substantiæ, *surtout dans leurs formes chroniques; elles ne sont constituées que par un nombre variable, parfois très restreint, de foyers isolés; le fait est de toute évidence pour beaucoup de tuberculoses cutanées; il l'est également pour les syphilis anciennes;*

3° *Pour certaines déterminations, telles que la tuberculose cutanée, cette médication topique est jusqu'ici la seule efficace;*

4° *Toute syphilide doit être attaquée par une médication locale*

en même temps que par le traitement général. Ce traitement local doit toujours être spécifique; les autres antiseptiques locaux ne doivent être employés que très accessoirement et exceptionnellement, à titre d'adjuvants;

5° *Parmi les modes d'application, il faut mentionner comme trop peu employés les bains généraux dans les syphilides disséminées et non ulcérées, les fumigations de calomel dans les cas de syphilides invétérées des cavités faciales, la pommade à l'oxyde jaune et l'application permanente de compresses imprégnées d'une solution de sublimé au cinq millième contre la plupart des syphilides ulcéreuses, le nitrate acide avec cocaïnisation contre toutes les néoplasies ulcéreuses rebelles d'une étendue restreinte;*

6° *Les combinaisons organiques de mercure telles que le salicylate, le benzoate, l'hermophényl, que leur action non irritante semblerait devoir désigner pour ce traitement local, ne doivent pas y être affectées, car le mercure n'y est pas en liberté; l'or ne peut s'y amalgamer; elles sont inactives tant qu'elles ne se sont pas modifiées dans l'organisme;*

7° *Il y a lieu de procéder chirurgicalement à l'ablation des séquestres, surtout lorsqu'ils occupent le crâne;*

8° *MM. Besnier, Radcliffe Crocker et, après eux, M. Bouchard ont montré que l'on peut agir sur les gommes spécifiques par des injections hypodermiques d'iodure de potassium;*

9° *Le chancre induré étant un foyer d'infection plus puissant que les néoplasies secondaires doit être enlevé ou cautérisé avec un agent spécifique chaque fois qu'il est accessible à ces moyens d'action;*

10° *Les frictions doivent être pratiquées de préférence sur les néoplasies spécifiques ou dans leur voisinage immédiat; elles peuvent agir sur les muqueuses par les vapeurs qu'elles dégagent;*

11° *Les injections profondes peuvent être employées localement, en particulier au voisinage des gommes et de syphilomes osseux.*

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE ÉTRANGÈRE

par le Dr Léon Lebovici,
de Carlsbad.

Sur le traitement opératoire des fractures des os,

par M. W. Arbuhnot Lane, M. S.,
Chirurgien du Guy's hospital et de l'hôpital des Enfants-Malades,
à Londres.

Dans ses excellents travaux sur le traitement opératoire des fractures des os, l'éminent chirurgien anglais étudie tout d'abord les changements considérables que subit le squelette par suite des diverses attitudes que l'homme prend dans ses occupations habituelles, aussi bien que par les attitudes à l'état de repos.

La forme normale des os et des articulations n'existe qu'autant que l'homme mène une vie normale, c'est-à-dire qu'il combine divers mouvements d'activité avec des attitudes de repos. Lorsque l'homme, à l'état de croissance, ne fait qu'observer des attitudes de repos, évitant tout mouvement d'activité, il se produit des difformités caractéristiques particulièrement dues à des modifications dans les articulations et les extrémités des os; par contre, lorsqu'un mouvement déterminé ou bien une série de mouvements sont exercés habituellement et que l'on évite d'autres attitudes d'activité et de repos, il surgit des difformités caractéristiques de l'attitude à l'état d'activité et qui sont encore produites par des changements dans les articulations et les extrémités osseuses. Il est donc évident que notre conformation anatomique reste normale tout autant que nos fonctions mécaniques continuent de l'être et que n'importe quelle variation dans ces dernières fonctions est suivie d'altérations physiques déterminées dans les os et les articulations du squelette.

En d'autres termes, le problème de l'évolution est un problème purement mécanique, et la preuve de ce fait se reflète dans la vie d'un ouvrier ou celle d'un enfant qui souffre d'une des difformités acquises par les attitudes de repos. Comme la forme et la structure d'une articulation ne restent normales qu'autant que le mode de transmission de force à travers elle continue à l'être, toute altération dans les moyens employés pour la transmettre doit évidemment être suivie de changements dans la structure, et ces changements sont proportionnels au degré auquel cette transmission de force a eu anormalement lieu.

La première déviation de l'état normal du squelette consiste dans une fixation de l'attitude physiologique que l'homme prend naturellement à l'occasion de tel ou tel mouvement; tandis que les changements postérieurs représentent des exagérations de la même attitude, dues à des changements dans les os, etc. En d'autres termes, *le fait caractéristique de la conformation anatomique d'un ouvrier est, d'abord, la fixation, et ensuite l'exagération d'une attitude physiologique normale par le fait d'un travail continu.*

Un ouvrier qui s'est livré pendant un grand nombre d'années à la même occupation assidue, possède une conformation anatomique tout à fait caractéristique de cette occupation et dont la différence d'avec le squelette humain normal est dans beaucoup de cas plus grande que la différence entre un squelette humain normal et celui d'un singe. Un fonctionnement vicié par le fait d'une simple pression exercée à travers n'importe quelle articulation, donne naissance à des changements déterminés dans cette articulation, changements que les pathologistes ont nommé arthrite déformante (*arthritis deformans*) ou arthrite rheumatoïde chronique, et pour lesquels, étant donnée la vraie origine de ces altérations, M. Lane a proposé le nom d'*arthrite mécanique* ou bien d'*arthrite traumatique.*

En étudiant soigneusement la nature de ces changements, M. Lane a pu établir facilement toute l'histoire du travail d'un individu, en s'attachant à fixer une attitude donnée, comme

dans le cas de porteur de charbon, ou en observant toute une série compliquée d'attitudes, comme dans le cas de l'ouvrier à bord d'un vaisseau, dont l'occupation consiste à arranger uniformément les charbons qui ont été jetés en amas en dedans de son navire. La figure en question fournit un exemple remarquable de la façon dont les changements du squelette par suite de pression peuvent révéler l'histoire du travail de l'individu.

Les études minutieuses des attitudes à l'état d'action et à l'état de repos ont mis l'auteur dans le cas d'obtenir des connaissances du mécanisme du squelette humain, qu'on ne saurait guère acquérir par une simple étude du squelette normal. M. Lane a pu également constater que la physiologie du squelette, telle qu'elle est enseignée d'habitude dans les livres d'anatomie, est en général inexacte et qu'elle induit en erreur.

Parmi les nombreuses fractures des os que M. Lane a étudiées, il a observé particulièrement ces deux faits importants, à savoir, que, premièrement les réductions des fractures laissaient à désirer étant souvent incomplètes; et que, secondement, il existait, dans les articulations, les modifications dont il a été question ci-dessus, modifications produites mécaniquement par suite des variations du degré de la pression transmise à travers elles, aussi bien que par suite du changement de la direction des lignes de la transmission de force.

Les changements qui résultaient d'une réduction incomplète de l'os fracturé, variaient selon l'angle que formait l'un des fragments avec l'autre. Aussi l'âge du malade au moment de l'accident exerce-t-il une grande influence sur les changements qui ont lieu. Chez des individus jeunes on note une modification notable dans la direction des axes des fragments, par suite d'un changement d'accommodation dans les surfaces articulaires, et de malformations osseuses au niveau des extrémités épiphysaires.

Ceci se produit d'après la loi établie à ce sujet par M. Lane, *que le degré de formation de substance osseuse dans les diverses parties des lignes épiphysaires varie, dans une proportion inverse, avec la pression qui est transmise à travers elles.*

Après que les épiphyses se sont soudées aux diaphyses, à un certain âge variant suivant les habitudes, les occupations, etc., de l'individu, mais qui peut approximativement être désigné comme l'âge de quarante ans (cette estimation serait probablement exagérée dans le cas d'un ouvrier), il survient une autre série de changements dans le squelette, que l'auteur appelle « passifs », tandis qu'il désigne les changements de l'âge juvénile du nom d' « adaptifs ». — Les changements passifs consistent dans la disparition du cartilage articulaire dans des endroits où les conditions physiologiques modifiées de l'articulation donnent naissance à la transmission d'une pression proportionnellement plus grande qu'à l'état normal.

Après destruction du cartilage, une pression continue produit un état sclérosé, une éburnification et un détachement graduel des surfaces osseuses opposées et dénudées. L'aire et la forme des surfaces articulaires sont également modifiées par suite de la production de cartilage et de substance osseuse sur les bords de l'articulation; la membrane synoviale devient plus volumineuse et produit des franges avec exagération fréquente de la sécrétion du liquide synovial. Les attaches des ligaments articulaires sont souvent déplacées et leur fonction peut être essentiellement altérée; cet état est causé par des changements dans l'axe autour duquel la rotation a lieu. Ce sont ces changements que les pathologistes considèrent comme caractéristiques de l'arthrite rhumatoïde, de l'ostéo-arthrite, de la goutte rheumatique, etc.

M. Lane, comme je l'ai déjà dit, a désigné ces altérations du nom d' « arthrite mécanique » ou « arthrite traumatique ».

Les études de M. Lane sur le cadavre, l'ayant amené à admettre que les résultats du traitement des fractures des os tel qu'il est en usage, ne donnent pas toute la satisfaction désirable, il se mit à examiner un grand nombre des malades hospitalisés, qui s'étaient fracturés les extrémités inférieures, et cela, au double point de vue de l'impotence fonctionnelle et du préjudice financier éprouvé.

Les connaissances que l'auteur a ainsi acquises confirmaient

ce qu'il avait déjà supposé par suite de ses études sur le cadavre, que le traitement des fractures des os, à l'aide de diverses manipulations et au moyen d'attelles, est irrationnel et ridicule.

Quant à la perte financière qu'un individu subit par suite de sa fracture, elle dépend de savoir si le métier de l'ouvrier en question exige un mécanisme parfait de ses extrémités inférieures. Une fracture mal réduite de la jambe chez un tailleur ou chez un cordonnier ne fut pas suivie d'une perte de son revenu, tandis que le même fait chez un peintre en bâtiment (barbouilleur), chez un décorateur, chez un maçon, chez un matelot, a pu causer souvent une perte financière de 100 p. 100, à moins que l'individu en question ne fût dans le cas de gagner son existence par une occupation sédentaire. Les informations que l'auteur avait prises à ce sujet chez des présidents de Sociétés d'assistance publique, dans divers hôpitaux, chez des fabricants d'instruments, etc..., confirmaient toutes ses suppositions.

C'est en 1893, que M. Lane avait commencé à étudier particulièrement les faits qui rendent difficile la réduction exacte des fragments, et qui souvent la rendent même impossible. A ce moment on enseignait en Angleterre que si les fragments d'un os fracturé n'ont pas été mis en apposition exacte, le chirurgien ne s'est pas bien acquitté de son devoir. On enseignait, en outre, que la contraction spasmodique des muscles autour de la fracture osseuse représentait l'obstacle à la réduction exacte de la fracture. Il est évident, dit M. Lane, que ces deux suppositions sont tout à fait erronées. Quant à la première assertion, l'auteur en a pu prouver l'inexactitude par les recherches qu'il avait entreprises sur les vivants et sur les cadavres dont les fractures osseuses avaient été traitées par les chirurgiens des grands hôpitaux de Londres.

L'inexactitude de la seconde assertion résulte de ce fait, que lorsqu'on a obtenu le relâchement des muscles au moyen de l'anesthésie, on n'en est pourtant pas à même de réduire toujours l'os fracturé en position normale. L'auteur a pu se convaincre que dans le cas d'une simple fracture oblique, l'obstacle principal

à une apposition exacte des deux fragments était causé par l'hémorragie dans les parties molles et par l'inflammation de celles-ci. Les muscles et les parties molles autour d'un os tubulaire constituent des nodosités inextensibles, et c'est l'hémorragie et l'inflammation qui produisent un raccourcissement de ces nodosités, en rapprochant les uns des autres les points d'insertions musculaires. La résistance à l'apposition exacte des deux fragments variait proportionnellement selon l'extension de l'hémorragie et de l'inflammation des parties molles. La contraction musculaire spasmodique, par contre, ne représente qu'un obstacle léger et transitoire à la réduction exacte des fragments, et cet obstacle peut être facilement supprimé par l'anesthésie des malades. Dans les fractures compliquées où il y a un écoulement libre de sang, on ne rencontre pas autant de difficulté pour obtenir une réduction parfaite.

Dans ces conditions, si l'on ne veut pas avoir recours à l'opération, il ne reste que deux méthodes de traitement : le rétablissement de la forme de l'os au moyen de manipulations précoces, c'est-à-dire avant la production de l'hémorragie, ou bien attendre que le sang soit absorbé et que l'inflammation ait disparu. Contre cette méthode on peut objecter que les parties molles accommodent très rapidement leur forme à l'état de raccourcissement et qu'elles perdent la capacité de s'étendre plus tard.

M. Lane était ainsi arrivé à la conclusion que, dans les cas de fractures d'os où les fragments chevauchaient l'un sur l'autre, il n'était possible d'obtenir un rétablissement complet de la forme de l'os fracturé que par l'opération.

L'intervention chirurgicale était encore plus nécessaire dans les cas de fractures des extrémités inférieures que dans ceux des fractures des extrémités supérieures, puisque le traitement des fractures sus-mentionnées était plus difficile, et puisque le poids du corps se propage à travers les articulations sur les extrémités inférieures.

En se basant sur ces principes, M. Lane eut recours à l'opéra-

tion dans des cas de fractures simples. En pratiquant une extension considérable de la jambe. au moyen de leviers et de fortes pinces pour les os (*knochentangen*, pinces à os, pour les os), l'auteur fut à même d'obtenir une apposition exacte des fragments du tibia et du péroné, alors même que les signes de l'hémorragie et de l'inflammation étaient considérables. Dans les cas des fractures du fémur et notamment dans les cas des fractures des extrémités supérieures, la force à employer pendant l'opération fut beaucoup moins grande.

Dans ses études sur le cadavre, M. Lane a également trouvé que les descriptions des fractures des os, telles qu'on les rencontre dans les traités de chirurgie, sont inexactes dans presque tous les détails. Les os fracturés par une force directe présentent des surfaces transverses plus ou moins obliques, et sont souvent réduits en esquilles. Les os qui se brisent par suite d'une force indirecte ont toujours la forme en spirale, un fragment se terminant par une longue pointe osseuse fort aiguë, l'autre possédant un angle rentrant. Chaque fragment dans les cas de fractures obliques, présente, en général, une extrémité en forme de V, et il faut tâcher de faire que cette extrémité s'adapte exactement à l'espace angulaire au fragment opposé.

La plus grande difficulté qu'on rencontre lors de la réduction des fractures spiriformes du tibia et du péroné s'explique par la nature de ces fractures, et par ce fait qu'on pratique la réduction du tibia et du péroné séparément. Dans la plupart des cas de fracture du tibia et du péroné, il suffit pourtant de réduire la fracture du tibia, et il n'est pas nécessaire de mettre la fracture du péroné à nu.

Pour maintenir les fragments en opposition, M. Lane se sert selon les cas, ou de fil gros d'argent pur ou de vis ordinaires de menuisier. Pour s'assurer une plaie propre, de sorte que le fil d'argent et les vis ne causent pas de troubles après leur insertion, M. Lane pratique toujours de très longues incisions, de façon qu'on puisse soigner les fragments facilement au moyen d'instruments et que les doigts ne touchent jamais à la plaie. Si l'on n'a

pas soin d'observer l'asepsie la plus minutieuse, le fil d'argent et notamment les vis fonctionnement comme corps étrangers.

Les opérations sur les fractures fraîches sont des plus faciles comparées à celles nécessités pour des réductions mal ou incomplètement faites et où il faut, comme par exemple, dans les cas du tibia et du péroné, ou dans les cas du radius et du cubitus, scier deux os dans quatre directions diverses avant de pouvoir ajuster les axes des quatre fragments.

Pour finir, je voudrais faire remarquer que la méthode opératoire pour les fractures des os, que M. W. Arbuthnot Lane préconise et que, dès 1893, il a systématiquement mise en pratique, a reçu le meilleur accueil de la part de plusieurs éminents chirurgiens anglais et étrangers. Sur l'invitation du président du dernier Congrès allemand de Chirurgie à Berlin, M. Lane fit un exposé complet de la pathogénie des fractures et des réductions thérapeutiques spéciales qu'à son point de vue elles comportent. C'est à ce discours que je viens d'emprunter les points saillants de la méthode opératoire de l'habile chirurgien anglais.

REVUE DES THÈSES

par Mme Durdan-Laborie

Médicaments nouveaux. — Médications nouvelles

---

243. — *De l'emploi du phosphate de codéine dans les états mélancoliques.*
280. — *Héroïne. — Héroïnomanie.*
249. — *De la dionine et de ses effets sur l'œil.*
601. — *Contribution à l'étude de la paraffine dans leurs applications générales en chirurgie.*
528. — *Contribution a l'étude de la gélatine comme hémostatique.*
566. — *Etude clinique sur un sel de théobromine, l'agurine.*

580. — *Contribution à l'étude clinique de l'aspirine.*
577. — *Contribution à l'étude de l'acétopyrine.*
589. — *Contribution à l'étude de l'iode en solution dans un carbure d'hydrogène, métall-iode.*
526. — *De l'emploi des éthers salicyliques dans le traitement du rhumatisme.*
494. — *Contribution à l'étude de l'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle ou kélène.*
487. — *Contribution à l'étude du chlorure d'éthyle comme anesthésique général.*
477. — *Le chlorure de calcium dans les hémorragies.*
478. — *De la levure de bière et de son emploi dans le traitement de certaines affections pulmonaires du vieillard.*
278. — *Traitement des plaies par l'eau oxygénée.*
444. — *Contribution à l'étude du cacodylate de fer dans le traitement de la chlorose.*
356. — *De l'acide picrique en dehors des brûlures.*
260. — *Des principales médications et en particulier de l'arsenic et du tartre stibié dans les cas graves de chorée de Sydenham.*
402. — *Etude chimique, physiologique et clinique sur l'hédonal,*
251. — *De l'ongle incarné, étude critique sur ses divers traitements. De l'efficacité du nitrate de plomb.*

De l'emploi du phosphate de codéine dans les états mélancoliques. M. Clausse (*Thèse de Paris*, 1902, n° 243).

La codéine est, après la morphine, l'alcaloïde le plus important de l'opium, dans lequel on la trouve dans la proportion de 0,2 à 0,5 p. 100.

Son action principale, et bien particulière, est celle que Barbier qualifie d'exhilarante. La codéine fait dormir, c'est certain, mais c'est surtout les mélancoliques ; elle agit en calmant la douleur morale, en supprimant le cauchemar, alors que l'opium fait dormir en supprimant la douleur physique.

Le phosphate de codéine s'emploie en injections hypodermiques et par voie stomacale.

Dans la première méthode, la dose de 15 centigrammes n'a pas été dépassée ; dans la seconde, on peut aller jusqu'à 30 centigrammes pris en pilules.

Héroïne. — Héroïnomanie. M. de La Jarrige (*Thèse de Paris*, 1902, n° 280).

L'héroïne est l'éther diacétique de la morphine ; moins hypnotique, plus convulsivante que cette dernière, elle agit à plus faibles doses. Son chlorhydrate seul peut être employé.

L'héroïne combat, évidemment avec succès, le phénomène douleur ; mais l'action de la morphine n'est-elle pas plus active et plus rapide?

Sa valeur n'est pas à discuter ; dans les maladies respiratoires, elle est certaine. Administré par voie gastrique, cet éther est sans inconvénient, si ce n'est l'accoutumance.

En injections hypodermiques, l'héroïnomanie est certaine et se produit rapidement ; elle est plus exigeante et plus dangereuse que la morphinomanie.

De la dionine et de ses effets sur l'œil, M. Bourdeaux (*Thèse de Paris*, 1902, n° 249).

Le chlorhydrate d'éthylmorphine (dionine) exerce sur l'œil une action spécifique consistant en injection vasculaire, œdème et larmoiement, et à laquelle on peut donner le nom de réaction dioninique.

A côté de cette propriété, elle jouit d'un pouvoir analgésiant marqué, à peu près constant dans les affections douloureuses de l'œil : ulcères, iritis, irido-choroïdites, glaucomes.

L'analgésie ainsi obtenue est de courte durée. On obtient un effet analgésique puissant sans réaction ni chémosis, avec une solution à 0,5 ou 1 p. 100.

Contribution à l'étude des injections de paraffine dans leurs applications générales en chirurgie. M. Lagarde (*Thèse de Paris*, 1902, n° 601).

La méthode des injections interstitielles de paraffine constitue une des plus élégantes acquisitions de la chirurgie moderne, et peut-être l'une des plus fécondes en applications.

Au point de vue esthétique, pour remédier à des déformations congénitales, traumatiques ou pathologiques.

Au point de vue utilitaire, pour reconstituer certains organes dont la fonction était diminuée ou abolie, ou dont la perte constituait une déchéance de l'individu au point de vue social.

Le procédé Eckstein est la méthode de choix; de par sa technique, il donne le maximum de succès durable, et entre les mains d'un opérateur prudent et expérimenté, il offre le minimum de danger.

Contribution à l'étude de la gélatine comme hémostatique (administration par voie buccale). M. Pimpot (*Thèse de Paris*, 1902, n° 528).

La gélatine est un médicament coagulant, inoffensif. Employée localement, elle aide à l'organisation de la cicatrice par son rôle nutritif.

Administrée par voie buccale (malgré sa transformation en proto-deutéro-gélatose, sous l'action des sucs gastriques) la gélatine donne d'excellents résultats.

Afin d'éviter tout accident, employer la gélatine dialysée. La dose ordinaire est de 10 à 15 grammes par jour. Faire dissoudre dans du bouillon.

En applications locales on emploie l'eau gélatinée à 5 p. 100.

Étude clinique sur un sel soluble de théobromine, l'agurine. M. Salacolu (*Thèse de Paris*, 1902, n° 566).

Sous l'influence de l'administration de ce médicament, les urines augmentent du troisième au cinquième jour. L'effet diurétique persiste quelques jours après la cessation.

La plus forte augmentation a été obtenue dans les cas d'artériosclérose cardiaque et rénale. Dans l'ascite cirrhotique elle a été moins sensible.

La tolérance du médicament est parfaite chez tous les malades. Les doses employées sont les suivantes : de 0 gr. 50 à 3 ou 4 gr. par jour, par cachet de 0 gr. 50, chacun à une heure d'intervalle.

Les lavements d'agurine seront préférés dans le cas d'urémie avec phénomènes gastriques; les effets diurétiques sont les mêmes.

Contribution à l'étude clinique de l'aspirine (acide acétylsalicylique). M. GENGLAIRE (*Thèse de Paris*, 1902, nº 580).

L'aspirine rend des services incontestables pour combattre le rhumatisme articulaire franc. Elle est supérieure au salicylate de soude et à l'antipyrine, aussi bien au point de vue tolérance que pour la rapidité des résultats.

La dose moyenne chez l'adulte est de 3 grammes en 3 prises.

Contrairement à l'acide salicylique et la plupart de ses composés, elle n'attaque pas l'estomac, milieu acide; elle le traverse sans se décomposer, elle ne se scinde en ses éléments constituants qu'en présence du contenu alcalin de l'intestin.

Contribution à l'étude de l'acétopyrine et de ses applications thérapeutiques. M. DE MORAES DE MIRANDA (*Thèse de Paris*, 1902, nº 577).

On peut l'employer comme antirhumatismal, elle possède des propriétés antipyrétiques évidentes.

C'est aussi un bon analgésique efficace contre les névralgies et les douleurs en général. Elle ne détermine pas de troubles gastriques, ni bourdonnements d'oreilles, non plus d'éruptions cutanées.

Son mode d'emploi est le suivant :

Chez les enfants, on peut donner dans les vingt-quatre heures.

De 6 mois à 1 an...........	0 gr. 05 à 0 gr. 20
» 1 an à 2 ans............	0 » 20 à 0 » 40
» 2 ans à 5 ans..........	0 » 40 à 0 » 80

Voici quelques exemples de formules :

Cachets :

Acétopyrine........................... 0 gr. 50

Pour un cachet.

Potion :

Acétopyrine............................	3 gr.
Sirop de gomme.........................	30 »
Eau....................................	90 »

F. s. a.

Agiter avant de s'en servir.

La dose moyenne est quotidiennement chez l'adulte de 1 gr. 50.

Contribution à l'étude de l'iode en solution dans un carbure d'hydrogène métall-iode. M. Génévrier (*Thèse de Paris*, 1902, n° 589).

L'iode a été découvert accidentellement en 1811 par Courtois, salpêtrier à Paris, dans les cendres de varech.

C'est un médicament excellent dans la reconstitution des tissus, et au point de vue antiseptique.

Ses propriétés trouvent de nombreuses indications, mais ses préparations ont une constitution chimique instable, et les dérivés qui se forment ultérieurement peuvent déterminer des accidents.

Le métall-iode, au contraire, présente cet avantage d'être stable et de contenir l'iode à l'état de pureté.

En thérapeutique, il jouit de toutes les propriétés de l'iode pur; son application en pulvérisations est très simple.

Il ne provoque aucun des accidents que l'on observe avec les préparations iodées ordinaires, son emploi journalier en est facilité.

Il est indiqué en particulier dans les plaies atoniques à cicatrisation lente; dans les lésions récidivantes de la syphilis secondaire ou rebelles, comme celles de la syphilis tertiaire, et dans toutes les affections parasitaires.

De l'emploi des éthers salicyliques dans le traitement du rhumatisme. M. Hibert (*Thèse de Paris*, 1902, n° 526).

L'ulmarène est un mélange d'éthers salicyliques, d'alcools aliphatiques à poids moléculaire élevé. Son action toxique est faible,

son action physiologique est en tous points comparable à celle des autres éthers salicyliques.

Son absorption se fait rapidement par la peau; dans l'économie il se dédouble dans le foie. L'acide salicylique mis en liberté circule dans le sang et est éliminé par la bile et l'urine.

Dans le rhumatisme, il a donné des résultats analogues à ceux produits par le salicylate de méthyle; il lui est supérieur par suite de son odeur faible, et lui sera avantageusement substitué de la même manière et aux mêmes doses.

Contribution à l'étude de l'anesthésie générale par le chlorure d'éthyle ou kélène. M. Turgan (*Thèse de Paris*, 1902, nº 494).

Ne se servir de kélène que pour les opérations de courte durée. N'employer qu'une seule dose de 8 cc. au moins et de 10 au plus donnée en une seule fois.

Ne pas se fier au sommeil apparent du patient, mais sur le temps d'inhalation, car l'analgésie arrive rapidement, alors que le malade parle, entend, et que ses réflexes existent encore.

Ne pas insister si, chez certains sujets, alcooliques ou nerveux à l'excès, l'anesthésie ne se produit pas au bout de deux minutes.

Nous savons aussi que l'anesthésie mixte a toujours donné d'excellents résultats.

Contribution à l'étude du chlorure d'éthyle comme anesthésique général. M. Le Gargam (*Thèse de Paris*, 1902, nº 487).

Le chlorure d'éthyle est un bon narcotique pour l'homme, l'anesthésie est rapide, le réveil presque immédiat, les suites ne présentent aucun symptôme alarmant.

Il est contre-indiqué dans les opérations abdominales, et dans les opérations qui demandent une narcose profonde et de longue durée.

L'âge est indifférent; l'odeur du chlorure d'éthyle n'est pas désagréable.

L'anesthésie mixte se recommande d'une façon absolue, elle

supprime la période d'excitation du chloroforme et de l'éther. Cette anesthésie ne doit pas être faite par le premier venu, un apprentissage est nécessaire.

Le chlorure de calcium dans les hémorragies. M. Gobinet (*Thèse de Paris*, 1902, n° 477).

Le chlorure de calcium est un hémostatique efficace; il agit en modifiant la coagulabilité du sang. Il est peu toxique, l'estomac le tolère bien en général.

En injections dans les cavités naturelles, ou en applications externes, se servir de solutions étendues afin d'éviter l'action caustique du médicament.

Il faut être très réservé au sujet des injections intra-veineuses.

Ingéré par la bouche ou en lavement, les doses thérapeutiques varient de 1 à 6 grammes. Chez l'enfant on peut prescrire sans inconvénient 1 gramme de chlorure de calcium.

Si l'effet hémostatique n'est pas obtenu après trois ou quatre jours, inutile d'en continuer l'emploi.

Il est indiqué dans l'hémophilie, les métrorrhagies de la puberté et de la ménopause. Dans les hémorragies des tuberculeux il réussit souvent.

Les insuccès s'expliquent par une trop grande altération du milieu sanguin.

De la levure de bière et de son emploi dans le traitement de certaines affections pulmonaires du vieillard. M. Lardier (*Thèse de Paris*, 1902, n° 478).

Malgré de nombreuses recherches, la levure de bière est très mal connue en thérapeutique. C'est un médicament de composition variable, et c'est à cette variabilité même qu'il faut imputer nombre d'insuccès observés dans la pratique.

Son mode d'action est inconnu; on lui considère un principe actif agissant comme modificateur de l'état général.

Actuellement, on peut l'administrer sous deux formes : la

levure fraiche, et la levure sèche. Cette dernière se recommande par sa facilité de conservation.

La dose est de trois à neuf cuillerées à café de levure fraiche par jour, et de deux à trois de levure sèche pour un adulte. Les doses sont de moitié pour les enfants.

La faire ingérer, délayée dans un peu d'eau ou de lait sucré. La levure sèche peut être prescrite en cachets ; prendre ce médicament entre les repas.

Ses indications sont : la fièvre typhoïde, l'érysipèle, la furonculose, et certaines dermatoses suppuratives ; vaginite, diabète, angine phlegmoneuse. Les gastro-entérites, constipation habituelle, grippe intestinale.

Enfin elle pourra être employée dans les pneumonies et bronchites aiguës et chroniques des vieillards. Il faut, dans ces cas, la donner à la période d'expectoration.

Chez les vieillards atteints de pneumonie, celles qui n'ont pas l'allure franche de l'adulte ; en quelques jours les forces reviennent et toute expectoration disparait.

Traitement des plaies par l'eau oxygénée. M. DUGAT (*Thèse de Paris*, 1902, n° 278).

L'eau oxygénée a une action antiseptique puissante sur les ferments, et elle est douée d'une imprégnation toute particulière.

Elle est inoffensive pour le blessé, pourvu qu'elle ne contienne pas trop d'acides. Grâce à son pouvoir hémostatique, elle arrête en quelques secondes les hémorragies en nappe, qui gênent le chirurgien dans le pansement des plaies.

Les pansements permanents à l'eau oxygénée ne sont d'aucun effet.

Elle agit avec plus d'énergie sur les suppurations récentes, quelle que soit leur gravité, que sur les suppurations anciennes.

Elle exerce sur les tissus une action excitante et empêche la nécrobiose.

Contribution à l'étude du cacodylate de fer dans le traitement des anémies en général et en particulier de la chlorose. M. VANGEON (*Thèse de Paris*, 1902, n° 444).

Il faut préférer aux préparations ferrugineuses classiques, le cacodylate de fer, sel assez soluble pour être administré par voie hypodermique.

La dose thérapeutique est de 0 gr. 03 par jour en une seringue de Pravaz.

Il est indiqué dans les chloro-anémies et surtout dans la chlorose. Son action est double : multiplication de globules rouges, et créatrice d'hémoglobine.

Dans les cas moyens et peu graves, une série de dix piqûres paraît suffire.

Son action semble merveilleuse sur les symptômes classiques de la chlorose (faiblesse, vertiges, céphalée, névralgies, hyperchlorhydrie).

On peut vérifier cliniquement, en constatant la suppression souvent complète des signes stéthoscopiques perçus auparavant.

De l'acide picrique en dehors des brûlures. M. CÉSARI (*Thèse de Paris*, 1902, n° 356).

La solution aqueuse est la seule employée en médecine, soit à saturation, 1/86, soit à 1/100 dans le traitement des plaies cutanées.

Pour les muqueuses on se sert de solution allant de 1/2000 à 1/200 (sursaturée à chaud).

Il semble désinfecter et régénérer l'épithélium des muqueuses uréthro-vésicale, vaginale, comme l'épiderme de la peau.

Dans la blennorrhagie aiguë il a donné de bons résultats. Il semble aussi utile pour tarir les écoulements uréthraux chroniques, gonococciques ou non. Il paraît comparable au nitrate d'argent.

L'acide picrique mérite d'être essayé, dans tous les cas, mais encore dans toutes les infections chroniques des muqueuses.

Des principales médications et en particulier de l'arsenic et du tartre stibié dans les cas graves de la chorée de Sydenham. M. FABEL (*Thèse de Paris*, 1902, n° 260).

Le traitement de la chorée a soulevé d'innombrables discussions, et, à l'heure actuelle, l'accord est loin d'être fait.

Dans les cas de chorée intense, mais ne menaçant pas la vie, les meilleures préparations arsenicales à employer sont celles de Fowler et de Boudin.

La liqueur de Boudin doit être préférée ; pour réussir elle doit être donnée à doses progressives. On commencera par 10 grammes le premier jour, puis augmenter de 5 grammes par jour jusqu'à 30 ou 35 grammes. Redescendre ensuite parallèlement l'échelle qu'on avait gravie.

Ces doses ne sont applicables qu'au-dessus de huit ans ; au-dessous de cet âge, il convient de les diminuer de moitié. Il est indispensable de mettre les enfants au lait pendant toute la durée du traitement.

L'émétique donne parfois d'excellents résultats, mais il est contre-indiqué en cas de troubles digestifs ou circulatoires.

Le drap mouillé réussit très bien lorsqu'il y a prostration.

Le chloral est peut-être le plus héroïque des calmants, mais il peut être vomi.

La strychnine est à rejeter complétement.

L'antipyrine est le médicament par excellence des chorées légères et moyennes.

Étude chimique, physiologique et clinique sur l'hédonal, nouvel hypnotique du groupe des uréthanes. M. CHAPELLE (*Thèse de Paris*, 1902, n° 402).

L'hédonal est un uréthane, c'est-à-dire un éther de l'acide carbonique. Il ne présente pas de danger pour l'organisme, et peut être administré souvent à une dose élevée sans qu'il y ait à en redouter les effets.

On l'administre par voie stomacale, rectale ou cutanée, ce dernier procédé n'a été employé que sur les animaux.

La voie stomacale doit être préférée :

Hédonal .... 1 gr.

Pour un cachet nos 2, ou 3, ou 4.

Un, deux ou trois cachets à prendre le soir, selon la dose employée, à une minute d'intervalle.

Chez les aliénés, il est parfois impossible de faire ingérer le médicament de la façon ci-dessus, alors on a recours aux solutions ou émulsions.

Hédonal	1 ou 2 ou	3 gr.
Rhum		30 »
Sirop de tolu		90 »
M.		

A prendre ou deux ou trois fois à un quart d'heure d'intervalle.

Hédonal .... 1 ou 2 ou 3 gr.

Lait chaud, une tasse.

Prendre en une seule fois avant de se coucher.

A doses suffisantes, son effet hypnotique est constant, le sommeil qu'il détermine ressemble au sommeil naturel.

De l'ongle incarné, étude critique sur ses divers traitements. De l'efficacité du traitement par le nitrate de plomb. M. Blanc (*Thèse de Paris*, 1902, n° 251).

Dans les cas habituels, dans ceux qu'on voit journellement, l'onyxis latéral externe à gros bourrelet exubérant, les applications de nitrate de plomb nous semblent indiquées.

Le traitement est rapide, huit jours en moyenne; tout à fait indolore, peu coûteux et pouvant être entrepris par toute personne appliquée. Il présente un avantage énorme, c'est qu'il n'immobilise pas le malade.

Il faut employer du nitrate de plomb très sec et finement pulvérisé. Avant la première application, prendre des bains de pied prolongés; puis, à l'aide d'une spatule très plate, on glisse entre l'ongle et le bourrelet fongueux, jusqu'au fond de la gouttière

péri-unguéale, une mince couche d'ouate pour recouvrir toute la partie saine de l'ongle.

Mettre dans la rainure du nitrate de plomb régulièrement tassé et le recouvrir de l'ouate qui recouvre l'ongle.

Maintenir le pansement à l'aide d'une couche de gaze humide.

Renouveler le pansement tous les jours, jusqu'à ce que les parties sanieuses soient supprimées.

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Pharmacologie.

Action du jus de raisin sur l'organisme; cure de raisins. — Frappé des bons résultats que donne assez souvent la cure de raisins, M. Moreigne s'est livré sur lui-même et sur deux autres personnes à une série d'expériences ayant pour but d'expliquer les effets observés (*Arch. de méd. expér.*, mai 1902).

Sous l'influence de la cure de raisins, il se produit : une augmentation de la diurèse; une diminution de l'acidité des urines; une diminution en valeur absolue et relative de l'acide urique; une action dérivative sur l'intestin (action laxative); un diminution des fermentations intestinales; une action d'épargne vis-à-vis des matières azotées (un engraissement azoté), c'est-à-dire une diminution dans la désassimilation azotée. Il est à remarquer que cette action d'épargne se manifeste malgré l'action laxative produite, laquelle action a la propriété d'augmenter la désassimilation azotée, ainsi que les oxydations. C'est là un *avantage* sur les purgatifs ordinaires ou médicamenteux, avantage d'autant plus précieux que la cure de raisins peut être continuée longtemps sans inconvénients.

Il a été constaté encore : une fixation de graisse dans l'orga-

ganisme ; une suractivité de la fonction hépatique et, en particulier, de la sécrétion biliaire; cette propriété est fort importante et explique les bienfaits de cette médication dans beaucoup de cas pathologiques.

Par son pouvoir d'épargne des matières azotées et de fixation des graisses, et en tenant compte des sels minéraux du raisin, la cure de raisins se trouve indiquée dans les maladies à dénutrition rapide et à échanges exagérés, telles que la tuberculose. Elle fournit, en effet, grâce aux hydrates de carbone qui y sont contenus, de principes combustibles qui protègent ceux de l'organisme.

Tous ces faits sont d'une réelle importance. Ils montrent que le jus de raisin agit sur plusieurs grandes fonctions de l'organisme, en particulier sur les fonctions hépatique, intestinale et rénale; ils font ressortir ses multiples propriétés thérapeutiques et permettent d'expliquer — et même d'en prévoir de nouveaux — les nombreux et bons résultats relatés par les médecins des stations uvales dans un certain nombre d'affections ou d'états pathologiques.

La médication par le raisin a le grand avantage d'être acceptée avec plaisir par presque tous les malades et en particulier par les enfants. Elle est absolument inoffensive et peut être continuée pendant de nombreuses semaines sans inconvénients.

Médecine générale.

Coup de chaleur. — M. Combemale (de Lille) fait les prescriptions ci-après : Déshabiller le malade, l'étendre à l'ombre, compresses froides sur la tête, promener de l'ammoniaque ou de l'éther sous les narines, frictions sèches sur les bras et les jambes.

Cas légers. — Après que le malade est revenu à lui, lui faire prendre :

Teinture de cannelle....................	10 gr.
Infusion de thé.........................	200 »

Café froid, au besoin une cuillerée de chartreuse dans un verre d'eau.

Cas graves. — Aspersions d'eau froide sur **la figure.**

Les tractions rythmées de la langue; injections sous-cutanées d'éther.

Dès que le malade reprend un peu conscience, la stimulation interne doit remplacer la stimulation externe; les infusions de thé, café sans alcool, une potion à l'acétate d'ammoniaque :

Liqueur d'Hoffmann	4	gr.
Acétate d'ammoniaque	4	»
Teinture de cannelle	5	»
Hydrolat de mélisse	40	»
Sirop de menthe	30	»
Eau	40	»

par cuillerée à bouche, sont très utiles. Le transport sous un abri doit être retardé.

Cas très graves. — Saignée de 200 grammes.

Traitement consécutif. — Durant les quelques heures qui suivent l'accident, c'est avec grande attention qu'il faut suivre les mouvements du cœur et la respiration; les émonctoires rénal et cutané doivent être incités à fonctionner d'autre part; car les déchets résultant de l'usure musculaire risquent d'entraver l'énergie du centre bulbaire. Aussi les sudorifiques, mais surtout les diurétiques, et le lait entre tous moyens, seront prescrits et donnés.

Dans les jours qui suivent, tout en continuant cette épuration organique, on parviendra à trouver la tare organique méconnue, qui a permis la manifestation du coup de chaleur, et l'on préviendra le sujet qu'il en est porteur, de façon à commencer œuvre prophylactique.

Prophylaxie. — Eviter les marches fatigantes au soleil ou par les temps chauds. Cette règle trop absolue peut cependant, dans nos climats, être transgressée à la condition qu'il n'existe pas de la fatigue par insomnie ou par excès la nuit précédente, à la condition aussi que des boissons alcooliques ou trop copieuses n'aient pas marqué le début de la marche.

Sobriété et repos régulier bien assuré.

Maladie infectieuses.

Tubage et trachéotomie. — Trente cas de croup diphtérique traités par le tubage du larynx. — En admettant que l'intubé, de même que le trachéotomisé, doit être l'objet d'une surveillance sérieuse, mais non de tous les instants, M. A. Delcourt (communication à la Société médico-chirurgicale de Brabant, in *la Presse médicale belge*, 1er juin 1902) conclut qu'il n'existe que trois contre-indications formelles au tubage : les sténoses laryngées, l'œdème considérable ou la nécrose de la glotte, états qui empêchent l'introduction du tube et son maintien dans le larynx.

Les complications pulmonaires sont moins fréquentes et moins graves chez les intubés que chez les trachéotomisés. Lorsqu'elles surviennent, elles peuvent prolonger, dans une certaine mesure, la durée de l'intubation; mais, en général, le pronostic est favorable et l'évolution de l'affection normale. C'est pourquoi, dans la plupart des cas, on doit préférer le tubage à la trachéotomie; les avantages de la méthode d'O'Dwyer sont :

1° Opération plus facile, plus rapide, ne demandant qu'un seul aide dont le rôle est peu important;

2° Intervention non sanglante, facilement acceptée par les parents, ne nécessitant pas l'emploi du chloroforme, d'où suppression du shock opératoire, d'une mortalité de 3 à 5 p. 1000, due à l'anesthésie;

3° Absence de plaie, source de douleur et d'infection;

4° Absence de cicatrice pouvant devenir le point de départ d'un rétrécissement du larynx;

5° Maintien de la respiration naturelle, l'air arrivant dans les poumons échauffé et tamisé par son passage dans les fosses nasales;

6° Complications pulmonaires moins fréquentes et d'un pronostic plus favorable;

7° Convalescence plus courte. — Guérison plus rapide.

Maladies des voies respiratoires.

La levure de bière dans le traitement des affections pulmonaires. — La levure de bière ayant donné à M. Marie en mai 1900 des résulats satisfaisants dans le traitement des phlegmasies pulmonaires, M. Lardier (*Th. Paris*, 1902) s'est appliqué à l'utiliser dans les cas de bronchites aiguës ou chroniques chez le vieillard. Elle lui a donné d'excellents résultats.

Dans la bronchite aiguë, la levure employée à l'exclusion de tout autre médicament, resterait, il est vrai, sans effet sur l'évolution de la maladie à la période de crudité; mais il n'en serait plus de même dès que le mal est arrivé à la phase de coction et que le patient commence à expectorer des crachats épais d'un jaune verdâtre. En prescrivant alors de la levure sèche, à la dose de deux ou trois cuillerées à café par jour, on verrait l'expectoration diminuer sensiblement en l'espace de deux ou trois jours et la guérison s'établir au bout d'une à deux semaines.

Dans les vieux catarrhes bronchiques, si lointain que fut leur début et quelle que fût l'abondance de l'expectoration, l'emploi de la levure de bière amènerait d'abord une diminution rapide de la sécrétion bronchique et ensuite la guérison complète, en une quinzaine ou une vingtaine de jours. Toutefois, pour assurer le résultat, il serait utile de continuer encore l'usage du médicament durant une période de huit à quinze jours en moyenne. De plus, afin de prévenir le retour des accidents bronchiques, M. Lardier recommande d'administrer aux individus prédisposés la levure de bière au début de l'hiver, pendant un mois environ, même en l'absence de toute manifestion du côté des bronches.

M. Lardier a également essayé la levure de bière contre la pneumonie, en l'utilisant, sur les conseils de M. Toupet, non pas dès le début de la maladie et pendant toute sa durée, comme le fait M. Marie, mais au moment de la défervescence, et cela afin d'éviter les accidents qui surviennent souvent, chez les vieillards, à cette période, le processus morbide ayant alors tendance à devenir chronique. Sous l'influence de la levure, un mieux notable

ne tarderait pas à se manifester au bout de deux ou trois jours et on obtiendrait la guérison définitive en l'espace d'une à deux semaines.

On administre la levure sèche, entre les repas, délayée soit dans de l'eau sucrée, soit dans du lait sucré, ou encore sous forme de cachets, si le goût du médicament déplait au malade. Employée de la sorte, la levure agirait non seulement à titre de modificateur des sécrétions broncho-pulmonaires, mais aussi comme tonique.

Maladies du cœur et des vaisseaux.

Des souffles veineux fémoraux observés au cours de la puberté chez les garçons. — Il existe, dit M. Molle (*Loire médicale*, 1902), au cours de la puberté des garçons un état nerveux analogue à celui qui constitue la chlorose des filles. La symptomatologie de cette chlorose des garçons présente parallèlement aux nombreux signes subjectifs : faiblesse générale, troubles nerveux de la digestion, palpitations, etc..., un signe objectif constant, qui est la présence de souffles veineux siégeant presque toujours exclusivement dans les fémorales : ces souffles fémoraux accompagnant ou suppléant les souffles jugulaires ou cardiaque signalés par les auteurs.

Chez sept jeunes gens qui, à un moment donné, ont présenté ces symptômes de chlorose, M. Molle a vu la tuberculose ne pas tarder à apparaître. Aussi attribue-t-il à leur constatation et plus particulièrement à la présence des souffles veineux fémoraux une importance diagnostique et pronostique en particulier au point de vue de la prétuberculose. Il se demande s'il n'y aurait pas là un moyen de sélectionner avec plus de sûreté notre contingent et de diminuer la proportion si élevée de soldats tuberculisables admis dans l'armée.

Maladies du tube digestif et de ses annexes.

Traitement de l'angine ou pharyngite granuleuse. — Pendant les poussées inflammatoires, quelques bains de gorge alcalins,

les gargarismes borax-bromure, avec ou sans cocaïne, suffisent pour amener une amélioration passagère ou définitive, suivant les cas.

Contre les formes chroniques, M. Moure (*Journ. de méd. de Bordeaux*) a employé avec avantage les badigeonnages de l'arrière-gorge une fois ou deux par semaine, faits avec la solution suivante :

Iode..............................	0 gr. 25
Iodure de potassium.....	0 » 30
Laudanum de Sydenham............	3 »
Glycérine pure......................	120 »

Le malade peut encore utiliser ce liquide pour se gargariser ou se baigner la gorge, en mettant une cuillerée à café de ce topique dans un demi-verre ou un verre d'eau tiède, suivant sa susceptibilité.

D'autres fois, la teinture de gaïac, employée sous la forme de gargarismes, donne également d'excellents résultats. On prescrit alors de la façon suivante :

Borate de soude......................	6 gr.
Antipyrine...........................	4 »
Teinture de gaïac....................	ââ 5 »
Alcool de menthe....................	
Glycérine neutre.....................	145 »

On peut également mettre une cuillerée à café de ce liquide dans un demi-verre d'eau tiède pour bains de gorge ou se servir de ce topique employé pur en badigeonnage, sur la paroi pharyngienne une fois ou deux par semaine. D'une manière générale, on ne doit faire usage des badigeonnages que pendant les périodes de calme ; le gargarisme seul suffit au moment des poussées subaiguës.

Une fois les choses rentrées dans l'ordre, il sera ordinairement utile de terminer la cure par une saison thermale sulfureuse, arsénicale ou alcaline, suivant l'état général de chaque malade.

Le point important dans toute cette thérapeutique est de

veiller au bon fonctionnement de la muqueuse nasale ou naso-pharyngienne et de bien s'assurer que ce n'est pas dans ces cavités qu'il faut chercher l'origine des soi-disant granulations auxquelles on a jusqu'à ce jour accordé une importance véritablement très exagérée.

Maladies des enfants.

Des tares observées chez les rejetons de mères tuberculeuses. — Des observations indiscutables, dit M. Blandelac de Pariente (*La Clinique générale de Chirurgie*, 1902), établissent que les nouveau-nés issus de mères tuberculeuses, et qui succombent à la naissance ou n'ont que quelques heures de survie, peuvent présenter dans leurs organes des lésions tuberculeuses d'hérédo-contagion.

Ces lésions peuvent être visibles à l'œil nu ou seulement décelables par les méthodes de laboratoire. Dans cette deuxième alternative, ce sont surtout les inoculations au cobaye, comme l'ont montré Landouzy et H. Martin, qui donneront des résultats positifs, de préférence à la recherche du bacille sur les frottis ou sur les coupes d'organes. La recherche du bacille spécifique par l'inoculation au cobaye est même ici indispensable, car il y a des pseudo-tuberculoses qui offrent à l'œil nu les mêmes lésions apparentes qui celles qui relèvent du bacille de Koch, et, d'autre part, le microbe décelé sur les simples frottis d'organes pourrait n'être qu'un bacille pseudo-tuberculeux entouré de graisse auquel cas il offre les mêmes réactions colorantes que le micro-organisme de la vraie tuberculose.

Si les lésions tuberculeuses sont rares chez les rejetons à hérédité maternelle bacillaire, il ne s'ensuit pas que ces nouveau-nés soient sains et indemnes de toute tare pathologique. On peut dire au contraire que les altérations des organes sont de règle en pareil cas. Seulement il s'agit de lésions non spécifiques, d'ordre en apparence banal, c'est-à-dire analogues à celles que produisent les intoxications et en particulier les intoxications microbiennes.

Ces lésions, qui ne sont pas localement sous la dépendance d'un germe, relèvent du poison soluble sécrété par les bacilles de Koch, ou les microbes associés, dans l'organisme maternel. Le placenta laisse passer le principe nocif, qui vient ainsi adultérer les organes fœtaux; il faut également faire entrer en ligne de compte les poisons des cellules de l'organisme maternel mises à mal par les agents microbiens.

Les altérations fœtales non bacillaires peuvent être de deux ordres. Les unes consistent en simples troubles vasculaires, en congestion viscérale qui peut aller jusqu'à la rupture, jusqu'à l'extravasation et l'hémorragie. En pareil cas, le foie est l'organe de préférence lésé. La dégénérescence graisseuse y est très marquée. Le siège de l'organe sur le trajet de la veine ombilicale prédispose à jouer ce rôle prépondérant. D'autre part, on peut observer dans la première enfance des cirrhoses qui apparaissent sans cause apparente, et qu'il est logique de rattacher à une influence héréditaire de la vie intra-utérine, la tuberculose de la mère ayant alors lésé le foie, sans qu'à la naissance les altérations aient été assez graves pour entraîner la mort.

Les autres altérations ont trait à une sorte de développement incomplet des différents organes, et surtout du foie, des reins et du cœur. L'hypoplasie viscérale est alors généralisée ou partielle. Elle n'acquiert sa pleine valeur d'élément pathologique que si le rejeton est né à terme, car, si l'accouchement s'est fait avant terme, la comparaison avec les chiffres normaux repose sur une base moins sûre, et il est surtout difficile en pareil cas d'établir qu'il ne s'agit pas d'un simple retard dans le développement des différents organes.

Gynécologie et obstétrique.

Ordonnance à faire au moment d'un accouchement. — Tout médecin appelé à faire ou à surveiller un accouchement, s'il ne veut pas être pris au dépourvu, doit *écrire* sur une ordonnance une liste des objets et substances nécessaires qu'il remettra à la

garde ou aux parents de l'accouchée (*Presse médicale*, 6 septembre 1902).

OBJETS NÉCESSAIRES

1° *Bassin* plat ou mieux cuvette de bidet en faïence à fond plat;

2° *Injecteur* en métal émaillé pouvant se tenir à la main, s'accrocher au mur, se poser sur une table, d'une contenance de deux litres, avec deux *canules* en verre, droites, à bout olivaire, non percées à l'extrémité de l'olive, seulement sur les côtés, 1m50 de tube caoutchouc;

3° *Deux toiles cirées* blanches très souples de 1 mètre sur 1 mètre pour garnir le lit;

4° *Bande de flanelle* de 1m10 de long sur 0m60 de large;

5° *Ouate* ordinaire non glacée, 500 grammes.

6° *Épingles* anglaises en acier, grand modèle, une boîte;

7° *Grand bain de pieds* ou petite baignoire pour le bébé;

8° *Cruchon* pour servir de boule-chaufferette;

9° *Petit pinceau de blaireau;*

10° *Deux ou trois brosses à ongles* en chiendent, neuves.

PHARMACIE

Reproduire sur chaque boite ou fiole l'ordonnance la concernant.

Placer en évidence l'étiquette « poison » :

1° Bichlorure de mercure...............	12 gr.
Acide tartrique finement pulvérisé....	15 »
Solution alcoolisée concentrée de bleu de méthyle........................	1 cc.

Mêler la masse au mortier et diviser en 50 paquets, 1 paquet pour 1 litre d'eau tiède bouillie.

2° Permanganate de potasse en poudre...	15 gr.
3° Poudre de salol......................	25 »
4° Poudre d'acide borique..............	300 »

En 15 paquets, 1 paquet pour 1 litre d'eau bouillie.

5° Paquets d'ouate hydrophile stérilisée de 125 gr.
5 à 6 paquets.

6° Vaseline boriquée.................. 40 gr.
En deux pots distincts.

7° Farine de moutarde................. 500 gr.

Dès le début des douleurs le médecin devra donner les ordres suivants :

1° Administrer à la malade un lavement d'eau tiède ;

2° Donner une injection de sublimé ;

3° Faire chauffer de l'eau jusqu'à ébullition en abondance, et la laisser refroidir dans un vase ébouillanté recouvert d'une serviette ;

4° Préparer le feu dans la chambre et dans la chambre voisine ;

5° Débarrasser la chambre de tous les objets encombrants et fragiles, et des tapis, y apporter une table pour disposer les médicaments, une ou deux cuvettes, un seau de toilette, les brosses à ongles et le savon, plusieurs brocs remplis d'eau bouillie froide et chaude, le bassin et l'injecteur ;

6° Apporter à proximité un gros paquet de serviettes et de draps ;

7° Préparer le lit avec les garnitures imperméables ;

8° Natter très serrés les cheveux de la malade ;

9° S'assurer du bon fonctionnement des lampes ;

10° Préparer le berceau.

Maladies de la peau.

Traitement du lichen piliaire. — Tous les médecins connaissent cette affection, non dangereuse par elle-même, mais désagréable, surtout pour les dames qui tiennent à la beauté et à la fraîcheur de leur peau. Le lichen piliaire qui donne assez bien à cette dernière l'aspect et la sensation d'une râpe quand on la touche, est caractérisé par la formation, au niveau des orifices folliculaires, de petits cônes cornés, recouvrant un poil follet enroulé sur lui-même que l'on aperçoit après avoir enlevé la masse cornée par grattage.

Dans les cas légers, on fera ramollir les grains cornés à l'aide de savon noir ou de savon salicylé, on les enlèvera mécaniquement au moyen de frictions à la poudre de marbre plus ou moins fine ou au savon ponce. Pour combattre le léger degré d'inflammation qui peut exister, on prescrira, d'après Leistikow, soit une pâte de zinc résorcinée à 3 ou 5 p. 100, soit une pâte de zinc soufrée ou la poudre suivante :

Soufre précipité	ââ 5 gr.
Terre fossile	
Talc de Venise	

Saalfelt recommande des pommandes au soufre, au naphtol à l'acide chrysophanique, ou encore l'une des pommades suivantes :

Soufre précipité	15 gr.
Savon de potasse	ââ 30 »
Axonge	
Pierre ponce pulvérisée	16 »

ou :

Lanoline	ââ 50 gr.
Axonge	
Savon de potasse	
Naphtol	15 »
Craie blanche	10 »

On traitera les phénomènes d'irritation avec de la colle de zinc à l'ichtyol ou de la mousseline enduite de pommade au zinc et à l'ichtyol ou simplement avec des ouataplasmes.

Brocq conseille les pommades à l'acide salicylique, des emplâtres pyrogalliques, salicylés et résorcinés.

Le glycérolé tartrique a ses partisans.

Glycérolé d'amidon neutre	100 gr.
Acide tartrique	5 »

De même, le glycérolé cadique.

On devra aussi instituer un traitement général, arsenical de préférence, avec le méthylarsinate disodique.

FORMULAIRE

Le chloroforme en potions dans les gastralgies (DE BEURMANN).

Eau chloroformée saturée	150 gr.
Eau de fleurs d'oranger	50 »
Eau	100 »

Eau chloroformée saturée	80 »
Eau de menthe	20 »
Sirop d'opium	50 »

1 cuillerée à dessert tous les quarts d'heure.

Codéine	0 gr. 20
Eau de laurier-cerise	25 »
Eau distillée	75 »
Eau chloroformée saturée	100 »
Chloroforme / Teinture d'iode	ââ 5 »

V gouttes sur un morceau de sucre 2 fois par jour à chaque repas.

Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 05
Eau chloroformée saturée / Eau distillée	ââ 50 »

Par cuillerées à soupe toutes les 2 heures.

Chlorhydrate de cocaïne	0 gr. 05
Menthol	0 » 10

Alcool Q. s. pour dissoudre.

Eau chloroformée saturée / Eau de fleurs d'oranger	ââ 75 gr.

Par cuillerées à soupe toutes les 2 heures.

Le Gérant : O. DOIN

IMP. F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE. — PARIS-6e



BULLETIN

Hygiène scolaire. — Le centenaire de l'Université de Dorpat. — La séro-réaction de la peste. — La diète d'un roi. — Pour ne pas éternuer. — Alcoolisme élégant. — Les qualités d'un bon coiffeur. — La vaccine et les dents.

Il vient d'être créé à New-York un « corps médical d'inspection des écoles », devant qui défilent tous les matins les élèves avant d'entrer en classe. Sur 2.565 garçons et 1.670 filles présentées le premier jour aux médecins inspecteurs, 140 éliminations ont été faites pour rougeole, scarlatine, oreillons, sans compter les teigneux et un certain nombre atteint d'affections oculaires ou cutanées.



L'Université de Dorpat va fêter le 12-25 décembre de cette année le centième anniversaire de sa fondation. Cette Université se compose de cinq Facultés : de théologie, d'histoire et de philologie, de médecine, de sciences et de droit. Il y a actuellement dans cette Université un corps enseignant de 200 professeurs et assimilés et un peu plus de 1.700 étudiants.



M. Zabolotny, qui s'adonne depuis plusieurs années aux études de la peste et qui a fait dans ce but un long séjour aux Indes, a profité, lit-on dans les *Archives russes de pathologie*, de son der-

nier voyage à Odessa, pour rechercher si le sérum sanguin des malades en traitement dans les baraques d'isolement de cette dernière ville agglutine les cultures des bacilles pesteux. Il a trouvé que le sérum de ces malades agglutinait admirablement toutes les cultures pesteuses dont il disposait à ce moment, à savoir : celles de Bombay, de la Mongolie, de Glascow, de Wladimir, de Capstad, une culture de la peste des rats, isolés par M. Skchivan à Odessa.

°°°

Dans un article récemment publié par une revue médicale d'Allemagne, un savant docteur, dit le *Journal médical de Bruxelles*, donne de curieux détails sur la façon dont le grand Frédéric entendait la diète, qu'il recommandait fort comme la panacée universelle, supérieure à toutes les prescriptions.

Il cite, entre autres détails, un menu que le grand homme se commanda, déjà malade, douze jours avant sa mort, le 5 août 1786 :

Soupe aux choux à la Fouqué. — Bœuf aux panais et aux carottes. — Poulets aux concombres farcis au blanc à l'anglaise. — Petits pâtés à la romaine. — Rôti de gibier. — Saumon à la Dessau. — Filets de volaille à la Pompadour avec langue de bœuf et croquettes. — Gâteau portugais. — Pois verts. — Harengs frais. — Cornichons au vinaigre.

On s'étonne qu'il ne soit mort que douze jours après, même s'il n'a pas suivi l'ordre de ce menu étonnant.

C'était, du reste, un gastronome très original. Chaque matin, il buvait, pour commencer la journée, sept à huit tasses de café noir, et y mettait de la moutarde pour en relever l'arome.

Que diraient d'un pareil régime nos pauvres estomacs débilités ?... O décadence !

°°°

L'éternuement est un réflexe disgracieux et souvent pénible qu'il est facile de supprimer, au dire de M. Etterling (de Con-

trexéville), par une manœuvre extrêmement simple. Il suffit, au moment où l'on commence à percevoir le chatouillement caractéristique et prémonitoire, d'appuyer largement la phalangette de l'index sur un des côtés de la racine du nez, de manière à comprimer l'os propre et la caroncule. On laisse le doigt en place quelques secondes, temps suffisant pour amener la disparition du chatouillement.

L'explication de ce phénomène paraît assez complexe, car si le doigt comprime les fibrilles cutanées du nasal externe et du bouquet sous-orbitaire, le côté où l'on appuie est indifférent et peut très bien, sans inconvénients, ne pas être celui ou siègent les lésions pituitaires et conjonctivales.



De très jolis, de très tentants gâteaux, dit le *Gaulois*, viennent d'être trouvés par un Ragueneau moderne, aussi ingénieux et perfide que l'autre était inoffensif et plein de naïveté.

En effet, ces produits contiennent des quantités de rhum assez fortes pour faire tourner une petite tête féminime et des doses de whisky suffisantes pour faire vaciller des pieds adorables...

Et ces gâteaux ont du succès. Ainsi la théorie de l'alcool-aliment trouve des défenseurs charmants, tandis que la théorie de l'alcool-poison est indignement bafouée, entre 5 et 7, à l'heure du thé et des gâteaux pervers.



Les règlements du Conseil sanitaire de la ville d'Ontario au Canada spécifient les qualités que doit avoir un bon coiffeur. « Il sera propre, disent-ils, et net de sa personne et dans ses habitudes. Il fera un usage régulier des bains de corps et veillera tout particulièrement à maintenir en bon état ses mains et sa bouche. Aucune personne atteinte de maladie de la peau, du cuir chevelu ou des cheveux, ne doit faire acte de coiffeur, et nul ne devrait

être admis à exercer cette profession s'il est atteint de tuberculose ou de toute autre maladie reconnue communément comme contagieuse. »

C'est peut-être beaucoup exiger d'un coiffeur. A la rigueur, on pourrait se contenter de lui demander d'avoir toujours les mains propres.

°°°

Pour le Dr Beacock, le vaccin serait un facteur important de la carie des dents temporaires. Il agirait en influant sur le développement des organes, en troublant la calcification des dents qui se fait à l'âge où les enfants sont vaccinés. Le vaccin, qui est l'introduction d'un poison dans l'organisme, agissant sur la follicule, cause la mort ou la rupture des adamantoblastes ou des odontoblastes, donnant ainsi dans l'émail ou dans la dentine des défauts de calcification, d'où résulte la destruction de l'organe.

THÉRAPEUTIQUE PHYSIQUE

Du massage de l'estomac,

par M. Gustaf Norström.

(En nous adressant son ouvrage, publié en anglais, sur le massage, M. Norström, le célèbre praticien de New-York, nous a fourni par lettre des détails assez circonstanciés sur sa façon de comprendre la pratique du massage gastrique et sur les résultats obtenus par lui en employant ces procédés. Nous détachons de cette lettre très intéressante les passages suivants.)

C'est particulièrement de massage dans les affections du tube digestif que je m'occupe et je crois avoir le droit

d'affirmer, sans exagération, que je suis arrivé à avoir des résultats très intéressants. Mais j'estime que dans le massage de l'estomac, en particulier, ces résultats vraiment remarquables peuvent et doivent être attribués aux changements que j'ai apportés dans la pratique et surtout dans la position donnée au malade pour l'opération. On sait que jusqu'ici c'est dans la position horizontale, dans le décubitus dorsal, que l'on pratique le massage de l'estomac; dans de pareilles conditions, l'opérateur ne peut que faire des frictions plus ou moins incomplètes sur la paroi antérieure de l'estomac, car cet organe, entraîné par son poids, tombe en arrière et cesse en conséquence d'être accessible aux manipulations. Abandonnant cette manière de faire, j'ai, depuis dix ans, adopté la position latérale droite d'abord et puis la position latérale gauche; cela a pour avantage de faire tomber l'estomac en avant d'abord et ensuite du côté vers lequel on est couché, ce qui le rend facilement accessible à la main de l'opérateur. En outre, pour celui-ci la position a le grand agrément de lui permettre de s'asseoir commodément à côté du malade, et d'avoir bien en main la partie à masser, tandis que, dans le décubitus dorsal, il se trouve obligé de rester debout. Mais, par position latérale, il faut bien entendre que le sujet devra demeurer droit, c'est-à-dire laisser le plan du ventre dans la normale à l'horizontale; car s'il se penchait de manière à incliner en avant le flanc placé en haut, il amènerait le basculement du contenu stomacal et intestinal, ce qui exercerait sur la paroi abdominale une pression qui déterminerait une contraction, d'où dureté considérable de la paroi et impossibilité de saisir à son travers la masse de l'estomac. Tout ce détail paraît minutieux, mais c'est justement en ne le suivant pas exactement qu'on a obtenu dans le massage de l'abdomen

en général, et de l'estomac en particulier, des insuccès que je n'observe plus aujourd'hui.

Mes résultats les meilleurs ont été obtenus dans l'atonie de l'organe et dans l'insuffisance fonctionnelle, mais je dois pourtant signaler que j'ai toujours obtenu de très bons effets du massage (ainsi pratiqué) dans tous les cas d'hyperchlorhydrie franche que j'ai pu rencontrer. Par contre, jamais je n'ai pu obtenir de résultats même relatifs dans les cas de troubles gastriques d'origine nerveuse, ce qui est naturel. Quand je constate que le trouble gastrique est d'origine purement secondaire à un état nerveux, j'ai pour habitude de m'abstenir : la question de diagnostic est donc très importante.

Si j'ai de bons résultats dans l'hyperchlorhydrie, je dois reconnaître que toujours le traitement a dû être long, très long même, car trois mois se sont trouvés nécessaires. J'ai observé qu'au commencement du traitement il était habituel de constater une augmentation plus ou moins considérable de l'acidité HCl ou totale. C'est seulement après quatre ou cinq semaines que j'ai eu lieu de voir la régularisation de la fonction glandulaire s'effectuer sous l'influence du traitement.

L'explication de cette heureuse influence sur les glandes de l'estomac doit être attribuée à une action profonde qu'exerce le massage sur la circulation et par conséquent la nutrition de l'organe. Du reste, quelle autre cause invoquer en cette circonstance? Il est bien évident que le massage exerce une action profonde sur les tissus et sur les glandes, modifiant (je l'ai prouvé) leur constitution anatomique et par conséquent leur physiologie. C'est la même interprétation qui me permet d'expliquer comment le massage exerce des effets aussi remarquables dans le trai-

tement de la constipation et de la diarrhée, affections singulièrement différentes d'aspect, mais toutes deux modifiables par une action de nutrition histologique des éléments de l'intestin. Un mot d'un de mes malades fournit à ce sujet une amusante image des effets obtenus : « Mon médecin, dit-il souvent, m'a refait dans le ventre un nouvel estomac et de nouveaux boyaux. » Rien de plus juste, à mon avis, pour expliquer l'effet du massage abdominal.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

SÉANCE DU 22 AVRIL 1903

Présidence de M. DU CASTEL.

Le procès-verbal de la dernière séance, lu et mis aux voix, est adopté.

Correspondance.

M. le Dr Serafide, médecin militaire à Constanta (Roumanie), adresse un exemplaire d'un travail intitulé : *Traitement du rhumatisme articulaire aigu par le massage au pétrole.*

Présentations.

I. — *Note sur une préparation aqueuse de menthol,*

de M. BROCADET,
(Présentée par M. Bardet.)

Toutes les substances qui contiennent de la saponine ou des corps homologues possèdent des propriétés émulsionnantes et

donnent des préparations aqueuses de menthol très limpides. Les plus importantes de ces drogues sont :

La racine de saponaire, qui renferme 4 à 5 0/0 de saponine;

L'écorce de quillaïa, dont les propriétés sont dues à quatre composés différents : deux glucosides se dédoublant en glucose et sapogénine; un hydrate de carbone, la lactosine et de la saponine;

Le polygala de Virginie, dont le principe actif, la sénégine, serait, d'après Keuter, identique à la saponine;

Et enfin la salsepareille, qui contient trois saponines homologues de la formule générale $CH^{n2n-8}O^{10}$.

A laquelle de ces substances doit-on s'arrêter pour émulsionner le menthol?

M. de Crésantignes a communiqué à la *Société de médecine et de chirurgie pratique* (1) la formule suivante :

Menthol..................	0 gr. 03 à 0 gr. 05.
Teinture de quillaïa.......	5 »
Glycérine neutre.........	10 »
Eau distillée.............	q. s. pour 125 cc.

Or, les deux glucosides, la sapotoxine et l'acide quillajique, contenus dans l'écorce de quillaïa sont toxiques. Et en raison de ce fait, la commission du Codex a proscrit rigoureusement l'emploi de cette substance pour les préparations destinées à l'usage interne.

Il vaut donc mieux recourir à un des autres produits ci-dessus. A cet effet, nous avons expérimenté les teintures de saponaire, de salsepareille et de polygala.

La teinture de salsepareille, obtenue en faisant macérer une partie de salsepareille concassée dans trois parties d'alcool à 80°, est celle qui nous a donné les meilleurs résultats.

(1) Séance du 20 novembre 1902.

La potion suivante :

Menthol............................	0 gr. 05
Teinture de salsepareille.............	5 »
Sirop de fleur d'oranger.............	25 »
Eau distillée.......................	100 »

constitue une préparation stable et parfaitement limpide, très bien supportée par les malades.

Cette potion se montre très efficace contre les vomissements nerveux.

Mode d'emploi : Une cuillerée à potage toutes les heures.

Le vomissement nerveux étant un phénomène purement psychique, cette médication ne s'impose que si l'on est dans l'impossibilité de pratiquer la psychothérapie. Nous avons vu, en effet, dans le service que dirige M. Déjerine, à la Salpêtrière, un grand nombre de cas guéris par l'isolement et la suggestion à l'état de veille.

II. — *Note sur le calomel et le sel marin,*

par le Dr JULES REGNAULT,
(Présentée par M. Vogt.)

Depuis un certain temps, nombre de thérapeutes semblent considérer comme une vieille légende l'incompatibilité du sel de cuisine et du calomel à laquelle les anciens attachaient tant d'importance.

Dans son *Traité élémentaire de thérapeutique*, M. Manquat note qu'on s'est élevé contre cette prétendue incompatibilité. Il rappelle des expériences dans lesquelles le calomel n'a provoqué d'accidents chez le chien que si le sel marin a été donné à la dose d'une dizaine de grammes (Mossé), et il conclut : « L'idée ancienne du danger de l'association du calomel aux aliments serait donc erronée (1). »

(1) MANQUAT. *Traité élémentaire de thérapeutique*. Paris, 1900, p. 686.

Fort heureusement, l'auteur ajoute que la transformation du calomel en sublimé est, néanmoins, possible dans certaines conditions, et qu'il est bon d'éviter ce qui excite la sécrétion de l'acide chlorhydrique.

Ecoutons maintenant le professeur Arnozan : « On recommandait jadis, dit-il, de ne pas administrer le calomel en même temps que le sel marin ou des acides, dans la crainte de provoquer la formation d'une grande quantité de sublimé susceptible de produire des accidents. Il n'est pas bien démontré que des accidents aient jamais été dus à ce chimisme gastrique ; néanmoins, par précaution, on fera bien de ne permettre, ni trois heures avant, ni trois heures après l'ingestion de calomel, l'usage d'aucun aliment salé (1). »

N'est-il pas à craindre qu'après de telles manifestations de scepticisme, les jeunes générations de médecins ne se dispensent d'attirer l'attention de leurs malades sur les dangers que peut faire courir l'usage du sel de cuisine ou de tout aliment salé dans les heures qui précèdent ou suivent l'absorption d'une certaine dose de calomel? Aussi, pensons-nous, que tout médecin devrait publier les cas d'intoxication de cette nature qu'il a l'occasion d'observer, ne fût-ce que pour démontrer l'existence réelle de tels accidents; nous commençons à donner l'exemple en signalant deux cas dont nous avons eu connaissance.

Observation I (*Personnelle*). — Au mois de novembre 1899, à Monkay (Tonkin), un soldat européen se présente à la visite avec un léger ictère et des symptômes d'un début d'angiocholite catarrhale. Le malade nous déclare qu'il est à jeun; nous lui faisons prendre à 8 h. 1/2 du matin 0 gr. 60 de calomel, en lui recommandant, comme nous le faisons toujours en pareille occurrence, de ne pas prendre d'aliments salés avant que le purgatif ait provoqué des selles.

Vers 11 h. 1/2 nous sommes appelé d'urgence près de ce

(1) Arnozan. *Précis de thérapeutique*, 1900, t. I, p. 310.

malade : il s'est plaint d'une sensation de constriction à l'estomac, puis de douleurs gastriques et intestinales; enfin il a eu des convulsions; lorsque nous arrivons près de lui, nous constatons qu'il a le visage anxieux et la respiration difficile; il a quelques nausées et présente de violentes convulsions. Le pouls est petit et fréquent, la peau est moite et froide. Une rapide enquête nous apprend que, contrairement à nos recommandations et par une sorte de bravade, le malade a mangé entre 9 h. 1/2 et 10 heures deux œufs durs avec une notable quantité de sel marin et de la salade vinaigrée.

Nous lui faisons absorber 1 gr. 50 d'ipéca et de l'eau albumineuse : après les premiers vomissements nous continuons l'administration d'eau albumineuse (blancs d'œufs battus dans de l'eau). Les convulsions ne tardent pas à faire place à une dépression assez accentuée : on pratique alors des frictions sèches et on enveloppe le malade dans une couverture chaude. Vers la fin de la journée et pendant les deux jours suivants notre soldat présente des évacuations franchement muqueuses. Après être resté au régime lacté pendant six jours, il revient progressivement au régime ordinaire. Les symptômes d'angiocholite ont disparu pendant ce traitement.

Observation II (*Auto-observation d'un jeune étudiant en médecine*). — « Étant légèrement constipé, je prends à 9 heures du matin 60 centigrammes de calomel en un cachet; à 11 heures je n'ai pas encore eu de selles, je commets l'imprudence de manger trois œufs à la coque avec beaucoup de sel marin. La digestion stomacale se fait bien, mais à 4 heures de l'après-midi je commence à éprouver subitement des coliques très violentes à poussées régulières se produisant toutes les deux ou trois minutes. Ces coliques durent une demi-heure environ jusqu'à l'apparition d'une très forte diarrhée : les selles sont liquides et contiennent du sang et des mucosités. La diarrhée persiste pendant trois jours. »

III. — *Présentation de volume.*

M. Bardet. — J'ai eu l'honneur de présenter, au nom de l'auteur M. le Dr Raffray, médecin à l'île Maurice, ancien interne des hôpitaux de Paris, un volume intitulé *les Déséquilibrés du système nerveux*. C'est un important ouvrage de 550 pages, pour lequel M. Barth, médecin des hôpitaux, a écrit une préface. M. Raffray passe en revue dans son livre toutes les affections chroniques, tous les états morbides à tous les âges et montre comment le rôle du système nerveux, quand il est perverti, peut exercer une action perturbatrice considérable sur les phénomènes de nutrition. Très au courant des idées modernes, très imbu surtout des modifications apportées dans l'interprétation des phénomènes de nutrition, par les discussions intéressantes qui ont eu lieu depuis deux ou trois ans à la Société de thérapeutique, M. Raffray conclut en montrant que le régime à lui seul, et sans l'intervention d'une action médicamenteuse, peut dans tous les cas produire des effets éminemment favorables.

L'ouvrage de notre confrère est extrêmement intéressant, surtout très moderne, et j'avoue que je l'ai lu avec le plus vif plaisir; car c'est, dans son ensemble, un excellent traité de pathologie et de thérapeutique générale, où chacun de nous peut trouver, condensées en quelques pages, des considérations importantes et très logiques. Certes, l'auteur n'a pas hésité à dresser au besoin des schémas que certains pourront trouver trop avancés, mais à la période où nous nous trouvons, il est parfaitement permis de concevoir largement les théories quand on s'en sert pour appuyer l'institution d'une thérapeutique rationnelle, vu que c'est le seul moyen de rendre service au malade, surtout quand ces interprétations conduisent à utiliser avant tout le régime.

J'appelle donc très volontiers l'attention de tous nos collègues et des médecins sur un ouvrage dont la lecture rendra certainement des services et qui fait le plus grand honneur à son auteur.

Communications.

I. — *Note sur deux modifications à la formule usuelle des injections de calomel,*

par M. Danlos.

La plupart des médecins, qui ont une grande expérience de la syphilis tertiaire, reconnaissent que, dans les cas rebelles, les injections de calomel donnent souvent d'heureux résultats quand la thérapeutique ordinaire reste impuissante.

Sans pouvoir donner la raison de cette supériorité, que j'accepte comme un fait d'observation, je me suis demandé si la technique officinale des injections de calomel ne pouvait pas subir quelques perfectionnements. Actuellement, les injections sont préparées avec le calomel à la vapeur préalablement lavé et porphyrisé. Le mélange est ensuite stérilisé à l'étuve.

L'emploi d'un excipient huileux pour suspendre le calomel a déjà été critiqué. Il est certain que l'huile de vaseline, corps insoluble, doit s'absorber lentement, ce qui favorise la formation des *nodi*, et s'opposer au contact du calomel qu'elle englobe avec les liquides organiques, ce qui théoriquement doit retarder l'action curative. Pour y remédier, il y a quelques années, Petrini (de Galatz) a remplacé l'huile de vaseline par de l'eau et dit avoir par cette modification obtenu de bons résultats. Mais l'eau, liquide très mobile, ne maintient pas assez longtemps le calomel en suspension, de telle sorte que, même en agitant beaucoup et en injectant très vite, ce qui n'est pas sans inconvénient (embolie), une partie notable du calomel reste dans la seringue.

Il fallait donc remplacer l'huile de vaseline non par de l'eau, mais par un liquide visqueux miscible à l'eau. Parmi les liquides usuels, trois : la glycérine, les solutions de gomme, les sirops, possèdent cette propriété. J'ai éliminé la glycérine comme trop douloureuse, la gomme comme difficile à stériliser et j'ai été ainsi conduit très naturellement à l'emploi d'un sirop. J'aurais pu essayer, comme plus visqueux et plus denses, les sirops de dextrine

et de glucose que l'on trouve dans le commerce; mais il n'y en avait pas à l'hôpital; je pouvais en outre redouter l'influence réductrice que le glucose aurait pu à la longue exercer sur le calomel, aussi me suis-je arrêté à l'emploi du sirop de sucre.

L'usage de l'excipient sucré oblige toutefois à modifier un peu la technique de préparation. A l'étuve, vers 110°, le calomel en suspension dans le sirop éprouve une réduction partielle. M. Cothereau, mon interne en pharmacie, a tourné la difficulté de la façon suivante. Le sirop et le calomel sont stérilisés isolément. Après refroidissement, le calomel est trituré rapidement avec du sirop dans un mortier stérilisé. Le mélange est versé dans un flacon stérile et on complète avec du sirop le volume nécessaire au titre du mélange. Avec cette préparation j'ai fait faire une vingtaine d'injections. Non seulement la douleur immédiate a été nulle comme avec l'huile de vaseline, mais — et c'est ici que se manifeste l'avantage du procédé, — *la douleur consécutive a été elle-même très réduite et les indurations que l'on rencontre dans les deux tiers ou les trois quarts des cas ont fait presque entièrement défaut.*

Encouragé par ces premiers résultats, j'ai pensé que l'on pourrait réaliser un nouveau progrès par la substitution du précipité blanc au calomel à la vapeur. On sait que le premier est beaucoup plus fin, qu'il reste beaucoup mieux en suspension. J'avais lieu de croire que cette ténuité des particules, en facilitant l'absorption, rendrait la préparation plus active. Mes premiers essais m'ont donné une véritable déception. La première injection faite sur trois malades avec le nouveau mélange a déterminé chez les trois une tuméfaction énorme de la fesse et des douleurs très vives. En réfléchissant aux causes de cet insuccès, j'ai été conduit à l'attribuer à l'impureté du produit et j'ai prié M. Cothereau de chercher si dans ce calomel, prétendu lavé, on ne trouverait pas de l'acide chlorhydrique ou du sublimé. M. Cothereau dans son analyse a rencontré *l'un et l'autre* et institué le procédé suivant de purification. Le précipité blanc, finement porphyrisé, est lavé dans un appareil à déplacement continu par l'éther bouil-

lant. On peut aussi arriver au même résultat et plus simplement en laissant le précipité en contact avec de l'éther pendant quelques heures, agitant fréquemment et jetant ensuite le tout sur un filtre sans plis. On continue le lavage jusqu'à ce que l'éther ne laisse plus de résidu à l'évaporation.

Le sel mercuriel est ensuite repris par l'eau distillée bouillante et l'on recherche si les eaux de lavage n'ont plus de réaction acide et ne précipitent plus par le nitrate d'argent (chlore) et l'acide sulfhydrique ou la sulfhydrate d'ammoniaque (mercure). Ce résultat obtenu, le produit est séché et traité comme précédemment. Avec ce produit purifié je n'ai plus eu d'accidents et les résultats favorables se sont maintenus sous le double rapport des nodosités et des douleurs.

Il a été fait par mes élèves avec ce produit de quarante à quarante-cinq injections; deux ou trois seulement ont donné des nodosités volumineuses, mais sans aucune tendance inflammatoire. On pourrait objecter, vu le petit nombre des injections, qu'il s'agit peut-être d'une série heureuse, car dans quelques cas le calomel ne donne pas de nodosités; je crois cependant que cette rareté véritablement exceptionnelle n'est pas fortuite.

La douleur déterminée par les injections a diminué dans les mêmes proportions. Elle est devenue infiniment moindre *sans toutefois disparaître. Une de mes malades dont les fesses étaient souples* s'est même plainte de douleurs très vives, mais je puis dire que son cas a été une exception. Je crois donc que les modifications dont je viens de vous entretenir réalisent un progrès réel dans la technique des injections de calomel.

En terminant, je signalerai une précaution nécessaire. Si la matière de l'injection est conservée dans des flacons, il faut éviter que le sirop touche l'intérieur du goulot, car le sucre colle le bouchon de verre et le flacon ne peut plus s'ouvrir. Pour le même motif un flacon ne peut servir que pour une seule injection. Peut-être avec des bouchons de liège paraffiné pourrait-on tourner la difficulté. En tout cas, il est facile d'y remédier par la

précaution que j'indique, ou mieux encore en enfermant dans des ampoules la matière de l'injection.

Dicussion

M. DU CASTEL. — J'ai suivi avec grand intérêt la communication de notre collègue : en cherchant à améliorer sans cesse le mode de préparation des médicaments actifs dont se sert le dermatologue, il est entré dans une voie fructueuse et nous devons le féliciter vivement de son initiative.

Je demanderai à M. Danlos si les douleurs consécutives sont modifiées au même titre que les douleurs immédiates, quand on injecte le calomel d'après ses indications ?

M. DANLOS. — J'obtiens indubitablement une diminution de la douleur consécutive : il serait exagéré de parler de suppression. Les nodosités et les infiltrations ne sauraient pas non plus être entièrement évitées, mais elles sont beaucoup moins fréquentes et moins marquées qu'avec l'injection classique de calomel.

II. — *Un cas de maladie de Stockes-Adams compliqué de glycosurie,*

par M. WEBER.

L'observation que nous allons rapporter nous a paru intéressante à plus d'un titre :

Tout d'abord, les cas de maladie de Stockes-Adams ne sont pas très fréquents et se découvrent parfois à l'occasion d'un hasard, d'un accident. Nous retrouverons cette dernière circonstance dans l'histoire de mon malade.

Un autre fait peu banal est que l'affection dure, chez lui, depuis neuf années, alors que d'habitude la maladie de Stockes-Adams entraîne rapidement la mort.

Enfin, il est glycosurique. Sans doute, il est très fréquent de

constater la coexistence de l'artério-sclérose et du diabète. Mais, s'agit-il bien ici de diabète ou d'un syndrome relevant d'une sclérose bulbaire?

C'est là une question que nous ne pouvons que poser, laissant à d'autres le soin de démontrer, par des relevés d'autopsie, le bien fondé de notre hypothèse, dans des cas semblables.

Voici cette observation :

Le 25 mars 1903, je fus appelé, pour la première fois, auprès de M. C... qui venait d'être victime d'un accident survenu dans les circonstances suivantes :

Assis près d'une fenêtre, M. C... lisait son journal, lorsque, frappé de syncope, il tomba, la face sur le carreau. Des éclats de vitre déterminèrent deux plaies linéaires, siégeant au-dessus de l'arcade sourcilière droite. Parallèles à celle-ci, ces plaies situées à 2 centimètres l'une de l'autre, mesuraient toute l'étendue du sourcil. Elles étaient assez profondes pour montrer l'os dénudé et le périoste pendant.

Après désinfection, elles furent suturées au crin de Florence et pansées à sec.

Quelle avait été la cause de la syncope? Telle est la question dont nous demandâmes tout d'abord la réponse à l'examen du cœur :

La palpation révélait le choc de la pointe dans le cinquième espace, sur la ligne mamelonnaire.

A l'auscultation, les battements étaient énergiques, mais rares.

Durant le grand silence de la révolution cardiaque, aucun bruit de nature à révéler une systole avortée telle que la systole en écho d'Huchard. Point de souffles orificiels ou extra-cardiaques; un léger claquement diastolique à la base. Le pouls battait vingt-huit fois par minute, n'offrait point le caractère bigéminé. La température était normale. Les urines récemment analysées auraient contenu 10 grammes de sucre et une faible quantité d'albumine (?).

Tels furent les premiers renseignements recueillis; l'histoire

du malade nous apprendra comment nous devons interpréter la syncope et le phénomène du pouls lent. Voici cette histoire :

M. C... est âgé de 64 ans, ancien directeur de casinos.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 72 ans d'une pneumonie. Mère morte à 84 ans de rhumatismes chroniques.

Collatéraux : *a*) Une sœur serait morte à 45 ans d'une affection spécifique au cours de laquelle elle aurait présenté des troubles mentaux et perdu la vue.

b) Un frère âgé de 53 ans a vu disparaître une dysarthrie sous l'influence du traitement spécifique.

c) Une sœur âgée de 62 ans est atteinte de vertiges, troubles de la parole et de la locomotion.

Antécédents personnels. — *a*) Convulsions à 4 ans.

b) Chancre spécifique à 16 ans. Il en reste la cicatrice au niveau du gland.

c) A 53 ans, en 1893, monoparésie du membre inférieur gauche.

Maladie actuelle. — Remonte à 1894. M. C... jouait au whist lorsque, à la suite d'une contestation, il fut pris de syncope qui dura quelques secondes.

Huit mois plus tard, même accident.

Ces syncopes se rapprochent de plus en plus, soit sous une influence émotive, soit sans cause évidente.

Depuis un an, elles se produisent, au moins, tous les quinze jours; parfois, plusieurs fois par jour.

En voici les caractères : Brusquement, le malade perçoit une sorte de bruissement qui s'élève du thorax vers l'encéphale. Cette aura, d'une durée de quelques secondes autrefois, lui permettait d'atteindre un fauteuil et de s'y asseoir. Aujourd'hui, elle est immédiatement suivie d'une syncope qui dure jusqu'à vingt secondes. La respiration et le pouls sont alors suspendus; le facies est tantôt pâle, tantôt cyanosé. Des convulsions épilepti-

formes de faible amplitude, limitées aux membres supérieurs, terminent parfois la scène.

A de certains jours, ces crises se répètent deux et trois fois, à quelques minutes d'intervalle.

En dehors des crises syncopales, le cœur et le pouls battent 46 à 64 fois par minute : les pulsations sont inégales et irrégulières. Impossible de mettre en relief les battements de la jugulaire.

Système nerveux. — Les diverses sensibilités à la douleur, au contact, à la chaleur ont été reconnues normales.

Par contre, le malade se plaint d'une vive cryesthésie qui porte sur les extrémités des membres. A ce trouble subjectif correspond un trouble objectif qui consiste en une pâleur des extrémités. Cette blancheur des doigts est d'autant plus frappante qu'elle contraste avec la coloration lie-de-vin des mains.

L'appareil sensoriel est intact.

Le malade n'a jamais souffert de céphalalgie : il ignore les cauchemars.

La force musculaire très remarquable, paraît égale d'un membre homonyme à l'autre. Aucun trouble de la marche.

Les réflexes achilléens et rotuliens sont légèrement exagérés.

Poumons. — Normaux.

Appareil digestif. — Langue rose, présentant, en sa face dorsale, un aspect carrelé dû à l'entrecroisement de fissures superficielles.

Bel appétit; digestions lentes et difficiles, garde-robes régulières parce que sollicitées.

Le *foie* déborde de deux travers de doigt les fausses côtes.

Rate. — De dimensions normales constatées, soit à la percussion de ses diamètres apparents, soit à la palpation qui ne décèle pas le pôle inférieur de l'organe au-dessous des fausses côtes gauches.

Urines. — Quantité émise : de 1.500 à 2.500 grammes par vingt-quatre heures. Densité : 1028.

Eléments de cette urine :

		URINE NORMALE
Total de l'extrait :	45,61	40
Eléments organiques :	27,61	26
— minéraux :	18,00	13
Azote de l'urée :	10,21	12,55
Urée :	21,85	24,00
Acide urique :	0,69	0,50
Acide phosphorique :	2,07	2,50
NaCl :	12,47	7
Sucre :	13,39	

Albumine : traces faibles.
Indican } traces.
Urobiline }

Rapports d'échanges nutritifs.

Urée à extrait	48
Sels à extrait	40
Acide phosphorique à urée	9
Acide urique à urée	3,2

Les chiffres qui nous intéressent plus particulièrement dans cette analyse sont, d'une part, ceux de l'urée et de l'acide phosphorique qui demeurent au-dessous de la normale et indiquent une dépuration urinaire insuffisante. D'autre part, la présence du sucre dans l'urine de notre malade constitue une anomalie de la maladie de Stockes-Adams, dont nous aurons à tenter, plus loin, une explication pathogénique.

Peau. — Elle est le siège de démangeaisons au niveau des *faces* antérieure et postérieure du thorax; à la nuque, on constate une plaque d'érythème de la surface d'une main ; aux membres supérieurs et inférieurs d'une part, à la face d'autre part, nous relevons de nombreuses varicosités. L'ombilic est le siège d'une omphalocèle.

Résumé des symptômes. — Depuis 1894, notre malade est sujet à des crises syncopales qui se rapprochent de plus en plus. Ces crises précédées d'aura sont suivies de crises épileptiformes limitées aux seuls membres supérieurs. Oscillant entre 46 et 72 pul-

sations en dehors des crises, le pouls tombe à 28 durant les heures qui suivent la syncope. A une cryesthésie très accusée par le malade, correspond un état syncopal des extrémités dont il est aisé de se rendre compte par la vue.

Enfin les urines se caractérisent, d'une part, par la présence du sucre et de l'albumine ; d'autre part, par la diminution de l'acide phosphorique et de l'urée.

DIAGNOSTIC

1) S'agit-il d'*un pouls lent normal?* La coexistence des crises syncopales et leur physionomie si spéciale, si caractéristique, nous éloigne de cette idée.

2) *de crises épileptiques?* Non, car notre malade a dépassé la soixantaine, tandis que l'épilepsie est une affection qui se produit dans la jeunesse. Elle est d'ailleurs précédée, au cours de la seconde enfance, d'un certain nombre de manifestations morbides, telles que : convulsions, incontinence d'urine nocturne, morsures de la langue, etc. Nous n'avons rien relevé de semblable dans l'histoire de notre malade.

3) *d'ictus apoplectiques?* Ceux-ci sont suivis de paralysies qui ont fait défaut dans l'espèce.

4) *du pouls lent des ictériques?* L'absence d'ictère nous permet d'éliminer ce diagnostic.

S'agit-il d'un pouls lent consécutif à un traumatisme crânien?

Cette hypothèse mérite d'être discutée, car au moment où, pour la première fois, nous avions constaté le phénomène du pouls lent, le malade venait de subir un traumatisme crânien.

Et pourtant cette bradycardie qui paraissait en relation si évidente avec le traumatisme, ne dépendait pas de lui !

En effet, la lenteur insolite du pouls avait été maintes fois constatée à l'occasion des crises syncopales antérieures au traumatisme du 25 mars. A moins donc d'attribuer au traumatisme un effet rétroactif, il faut chercher une autre origine au pouls lent de notre malade.

S'agit-il de la maladie de Stockes-Adams?

C'est à ce diagnostic que nous nous arrêterons. En effet, si l'on considère les symptômes attribués à cette maladie et qu'on leur compare les phénomènes observés chez notre malade, le parallélisme apparaît frappant. D'une part, comme de l'autre, crises syncopales, précédées d'aura et suivies de crises épileptiformes. Pouls lent, cryesthésie. Diminution de l'urée et de l'acide phosphorique. Mais, en regard, de cette remarquable concordance, il convient de signaler deux points par lesquels notre malade semble échapper, de prime abord, à la symptomatologie de la maladie de Stockes-Adams : la glycosurie et le pouls toujours lent, mais d'une lenteur élastique chez notre malade.

Bien que la glycosurie n'ait pas été signalée, comme un symptôme habituel de la maladie qui nous occupe, nous l'interpréterons, au chapitre de la pathogénie, comme *effet de la sclérose bulbaire.*

Quant au pouls, s'il ne tombe à 28 qu'au moment des crises pour monter, en dehors d'elles, à des chiffres variables mais toujours inférieurs à la normale, il relève de cette forme spéciale de la maladie de Stockes-Adams, désignée sous le nom de *bradycardie paroxystique.*

Pathogénie. — Trois théories principales ont été émises pour expliquer la genèse des accidents qui constituent la maladie de Stockes-Adams. Elles paraissent, toutes trois, détenir une part de vérité :

a) Celle de CHARCOT, qui la rattache à une athéromasie des vaisseaux bulbaires :

b) Celle de DEBOVE, qui explique certains accidents par l'urémie. Elle est justifiée par la diminution des phosphates et de l'urée.

c) Celle de HUCHARD, qui invoque l'artério-sclérose du bulbe. Cette dernière ne serait qu'un tronçon clinique de l'artério-sclérose généralisée. Elle expliquerait une particularité fort intéressante de l'histoire de notre malade. M. C... est-il diabétique, en effet, ou la glycosurie ne serait-elle pas, dans l'espèce, fonction

d'une sclérose de ce même point du plancher du quatrième ventricule dont la lésion expérimentale, produite par Claude Bernard, aurait déterminé l'apparition du sucre dans les urines? Cette dernière hypothèse nous séduit davantage, car elle nous permet de rattacher à une seule maladie les différents symptômes observés, par conséquent la glycosurie elle-même.

Quant au pouls lent et à la syncope, nous nous l'expliquons par une ischémie bulbaire qui se produirait surtout sous l'influence de troubles urémiques.

PRONOSTIC

Traitement. — Les médications proposées par les auteurs précités correspondent à leurs théories respectives.

M. Huchard préconise la solution alcoolique de trinitrine à 1/100, l'iodure de sodium et le nitrite d'amyle.

M. le professeur Debove, attribuant à certains symptômes une origine urémique, en aurait déterminé leur disparition à l'aide du régime lacté absolu.

En raison des antécédents spécifiques avoués par mon malade, je me propose de recourir aux injections mercurielles. Pour complaire à notre collègue Leredde, j'en élèverai les doses au delà des anciennes limites; mais, dans l'intérêt de mon malade, je procéderai graduellement.

Bien des raisons me font douter *a priori* de la possibilité d'une guérison dans le sens absolu du mot. Si j'obtenais une atténuation des symptômes, ou, mieux, un arrêt d'évolution, je tiendrais ce résultat pour très remarquable et j'en ferais l'objet d'une communication ultérieure.

Discussion.

M. BARDET. — Je demande à M. Weber la permission de lui faire observer que le chiffre de 21 grammes d'urée est un chiffre normal et que lors même que l'urée aurait diminué, ce serait,

dans les proportions encore peu considérables, parfaitement fort osé d'en conclure à la possibilité de l urémie, car dans ce syndrome l'urée ne joue certainement pas un rôle important, mais bien tout un ensemble de composés toxiques d'origine organique.

M. WEBER. — Deux points sont à retenir dans l'argumentation de M. Bardet.

a) Il n'admet pas que la diminution de l'urée suffise à caractériser l'urémie;

b) Il considère comme très normal le chiffre des 21 grammes d'urée excrétée par mon malade.

Sur le premier point, je suis d'accord avec M. Bardet. Il est entendu que l'urémie résulte d'une intoxication complexe, dont l'urée n'est point le facteur le plus important. Néanmoins, la diminution de cette substance dans les urines a été considérée jusqu'ici comme un des nombreux signes de l'insuffisance rénale et c'est à ce seul titre que je l'ai signalée dans mon observation. Au surplus, M. Debove, en attribuant à l'urémie un rôle important dans la genèse de certains accidents de la maladie de Stockes-Adams, a tenu compte d'autres éléments tels que l'oligurie précédant les crises syncopales et les mouvements épileptiformes terminant ces mêmes crises. Enfin, il a signalé la disparition de tous les accidents, sauf du pouls lent, permanent lui-même, sous l'influence du traitement anti-urémique et du régime lacté absolu. C'est là un argument thérapeutique qui semble confirmer le bien fondé de la théorie du professeur Debove.

Sur le second point, je dois une explication à M. Bardet :

Sans doute, *a priori*, le chiffre de 21 grammes d'urée excrétée par mon malade peut ne point paraître inférieur à la normale. Mais que M. Bardet veuille bien se reporter à mon observation. Il lira que mon malade possède un bel appétit. Sous une forme euphémistique, j'ai voulu dire par là que M. C... était un gros, très gros mangeur. D'où il résulte que, par rapport aux ingesta, le chiffre de l'urée est inférieur.

M. FRÉMONT. — Le malade de M. Weber mangeait beaucoup,

mais il digérait certainement très mal : il fait partie de ces grands mangeurs, à urines pauvres, à gros foie, chez lesquels les diminutions des excreta s'observent dans une proportion uniforme. Chez ce malade la diminution de 1:10 se retrouve aussi bien pour l'urée que pour l'acide phosphorique, il y a donc insuffisance d'absorption, et non rétention des excreta.

Je demanderai à M. Weber s'il a prescrit du café à son malade?

M. WEBER. — Je n'en ai pas donné.

M. FRÉMONT. — J'ai posé cette question parce que le symptôme du pouls lent est manifestement influencé par le café ; j'ai pu m'en assurer chez deux de mes malades, venus à Vichy pour soigner leurs coliques hépatiques, et qui présentèrent le phénomène du pouls lent à la suite de fatigues. Chez l'un d'eux, le pouls était descendu à 42. Le café à très hautes doses provoqua en quelques heures une augmentation du nombre des pulsations, la guérison était parfaite au bout de trente-six à quarante-huit heures.

Un troisième malade de même genre, autrefois traité par la caféine par Germain Sée, m'a assuré que le café lui avait beaucoup mieux réussi, dans les crises ultérieures.

M. WEBER. — Je n'ai recouru ni au café ni à la caféine, parce que l'expérience maintes fois tentée par d'autres a été suivie de résultats constamment négatifs.

Je voudrais pouvoir tenir compte des résultats attribués à l'action du café par M. Frémont mais après l'avoir écouté avec la plus grande attention, j'ai tout lieu de croire que ses malades étaient atteints non de la maladie de Stockes-Adams, mais de légers troubles en rapport avec un pouls lent accidentel. Au dire même de M. Frémont, ces accidents auraient disparu. Or, la maladie de Stockes-Adams comporte un pronostic bien différent : ce ne sont point les accidents, mais les malades qui finissent par disparaître.

M. BOULOUMIÉ. — Je demanderai à M. Weber s'il a examiné l'état de la circulation artérielle et capillaire?

M. WEBER. — J'avais été appelé auprès de mon malade pour un accident.

Je ne disposais donc que d'instruments de chirurgie. Cependant par le procédé des deux index décrit ici même, il y a quelques années, j'ai pu reconnaître une tension artérielle exagérée.

La séance est levée à six heures.

REVUE DES THÈSES

par Mme DURDAN-LABORIE

Thérapeutique neurologique

---

329. — *La théorie des ions en électricité médicale.*
332. — *Etude sur la localisation des réflexes dans l'axe cérébro-spinal.*
314. — *Les idées fixes dans la fièvre typhoïde.*

La théorie des ions en électricité médicale. M. GONZALES QUIJANO SANCHAZ (*Thèse de Paris*, 1902, n° 329).

La médecine ancienne était purement empirique. La médecine contemporaine, dans une grande mesure, est encore empirique, mais les efforts consacrés à ses progrès depuis l'origine tendent à la rendre scientifique.

Contrairement à ce qui a été admis jusqu'ici, les colloïdes opposent aux mouvements moléculaires et ioniques une résistance d'autant plus grande que leurs solutions sont plus concentrées ; ce qui fait présumer que les mouvements moléculaires de la vie sont d'autant moindres dans les plasmas cellulaires que ceux-ci sont moins hydratés.

Il est actuellement possible d'aborder l'étude expérimentale des rapports des ions avec l'organisme vivant.

La résistance électrique du corps humain n'est que la résistance des tissus, surtout de la peau aux mouvements des ions.

Le courant électrique ne pénètre que par les glandes.

Les ions modifient profondément et dans des sens divers l'excitabilité des nerfs.

Étude sur la localisation des réflexes dans l'axe cérébro-spinal. M. LENORMAND (*Thèse de Paris*, 1902, n° 332).

Cette localisation d'une façon absolue semble être chose impossible, et il est probable que dans l'état normal, chez l'homme, plusieurs segments du névraxe contribuent à leur production.

Les réflexes tendineux peuvent se produire quand les portions supérieures du névraxe sont détruites.

Les destructions lentes et progressives de la moelle aboutissent également à l'exagération des réflexes tendineux.

Quant aux réflexes cutanés, ils ne sauraient être localisés d'une façon absolue dans la corticalité.

D'autre part, il ne faut pas nier que la moelle séparée du mésocéphale peut suffire à permettre la production de ces réflexes.

Les idées fixes dans la fièvre typhoïde. M. MARSAT (*Thèse de Paris*, 1902, n° 314)

A côté du délire banal de la fièvre typhoïde, constitué par une confusion mentale sans caractères spéciaux, il existe des cas où les manifestations délirantes se présentent sous la forme d'*idées fixes*.

Celles-ci revêtent les caractères les plus variés, mais elles sont d'ordinaire à tendances tristes, dépressives, mélancoliques et anxieuses, pouvant parfois conduire le malade au suicide.

En dehors de cette dernière éventualité, leur pronostic est en général favorable, leur durée relativement courte.

Hygiène générale

Essai sur la viande et les conserves de viande. M. HAMARD (*Thèse de Paris*, 1902, n° 142).

Parmi les substances d'origine animale nécessaires à notre alimentation, la viande de boucherie proprement dite occupe, sans contredit, la première place.

Aussi, M. le professeur Armand Gautier a-t-il pu dire avec raison qu' « une abondante alimentation en viande est indispensable aux peuples qui veulent grandir et prospérer ».

La viande doit donc fournir à l'organisme la majeure partie des albuminoïdes dont il a besoin pour son entretien.

Étant donnée l'importance alimentaire de ces substances, on a cherché à produire la viande à un prix minimum, et à la conserver aussi longtemps que possible, de façon à pouvoir la transporter dans des proportions correspondant à la population des divers pays.

Les moyens que l'on a employés sont le froid, la salaison, l'addition d'antiseptiques, enfin la conservation par la chaleur.

La frigorification est un bon moyen, les viandes perdent seulement une faible quantité d'eau ; leur pouvoir digestif et nutritif sont conservés.

Les antiseptiques doivent être rejetés, car ils produisent, même à faibles doses, des troubles dans l'organisme.

En résumé, la fabrication des conserves de viandes proprement dites doit être faite par la stérilisation et la chaleur ; puis conservation à l'abri de l'air.

L'hygiène dans le transport des voyageurs par chemin de fer. M. BÉNECH (*Thèse de Paris*, 1902, n° 493).

La ventilation des compartiments est en général insuffisante ;

il serait nécessaire d'y installer des appareils de ventilation.

Les meilleurs systèmes de chauffage sont ceux de la vapeur, de l'eau chaude ou de l'acétate de soude.

Quant à l'éclairage, il est insuffisant. Les mouvements des wagons, qu'il est difficile d'éviter, rendent la lecture habituelle en chemin de fer dangereuse pour la vue.

Combattre les poussières provenant de la locomotive par les moyens *ad hoc*.

L'isolement des malades contagieux est trop souvent inobservé dans la pratique.

Le crachoir est indispensable contre la propagation de la tuberculose.

Les mesures propres à compléter les deux précédentes, afin d'éviter la propagation des maladies contagieuses, sont le nettoyage et la désinfection.

Ce nettoyage et cette désinfection sont malheureusement théoriques, et les Compagnies doivent tenir la main à la rigoureuse application de ces mesures.

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Chirurgie générale.

Traitement des ulcères par l'eau chaude. — Voici le traitement recommandé par Bouilly :

1° *Bains locaux*. — Pour les régions susceptibles d'être immergées dans un vase, on plonge les membres dans un bain tiède jusqu'à 50 et 55° par l'addition successive d'eau chaude.

2° *Compresses d'eau chaude*. — Applicables sur les régions que l'on ne peut immerger dans l'eau, elles consistent en compresses de tarlatane pliées en plusieurs doubles et imbibées d'eau de 50 ou 55°. On les renouvelle plusieurs fois quotidiennement.

On termine par l'enroulement, autour du membre, de la bande élastique.

Il est utile de combiner ce traitement avec l'emploi d'un pansement à l'iodoforme, ou bien, selon une formule préconisée par M. Jules Simon, avec la poudre ainsi composée :

Charbon finement pulvérisé.............	ââ 5 gr.
Quinquina gris pulvérisé......	
Iodoforme............................	

On termine par un pansement ouaté et l'application d'un bandage compressif. Enfin il est bon, quand l'ulcère siége sur les membres, de placer ceux-ci dans l'immobilité et l'élévation.

Maladies des reins et des voies urinaires.

Sur la recherche des albumoses dans l'urine. — M. Remlinger, directeur de l'Institut Pasteur de Constantinople, étudie, dans la *Gazette médicale d'Orient* (15 décembre 1901), la valeur de la réaction de Jacquemet (du nom de l'auteur qui la décrivit le premier à Grenoble, en 1898).

Cette réaction consiste, une fois l'urine débarrassée de l'albumine et des phosphates, à l'agiter dans un tube à essai avec un tiers de son volume d'éther. Si l'urine contient des albumoses, l'éther se charge de gouttelettes graisseuses qui viennent former, à la partie supérieure du tube à essai, un magma tellement épais parfois qu'on peut retourner le tube sans que l'urine s'écoule. M. Remlinger a étudié cette réaction chez des individus sains, chez des malades et chez des animaux. Chez les individus sains, la réaction est le plus souvent négative, et c'est tout au plus si l'éther entraine à la surface de l'urine un léger disque de matières huileuses. La réaction de Jacquemet est, au contraire, à peu près constante dans les maladies infectieuses. Elle n'a aucune spécificité et s'observe dans les maladies les plus variées. Il semble qu'elle puisse rendre des services pour le pronostic, plutôt que pour le diagnostic. D'une façon générale, elle est d'autant plus nette que l'état infectieux est plus marqué, et, partant, le pro-

nostic plus grave ; il n'existe aucune relation entre la teneur d'une urine en albumoses et en albumine. La perméabilité des reins aux albumoses paraît également indépendante de leur perméabilité au bleu de méthylène. La réaction est négative chez les animaux sains. Elle est négative également chez les animaux immunisés contre la diphtérie et contre le tétanos. Elle est très intense chez les lapins morts de la rage. Il semble donc que la réaction de Jacquemet puisse, comme la réaction de Widal, être interprétée comme une réaction d'infection et non d'immunité. Cette réaction est bien due à la présence d'albumoses dans les urines. Si on agite, en effet, avec de l'éther, une solution de somatose ou de peptone Witte, on obtient un magma épais, tout à fait semblable à celui qu'on observe avec une urine provenant d'une maladie infectieuse. Quant au lien qui unit l'infection microbienne et l'élimination des albumoses, il nous échappe jusqu'à présent.

Toxicologie.

La cure d'altitude chez les tuberculeux. — Désirant connaître les résultats obtenus par la cure d'altitude, M. Bernheim (Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, 7 au 15 août) a adressé un référendum à vingt-cinq médecins dirigeant la plupart un sanatorium et pratiquant depuis plusieurs années dans la montagne. Il a pu recueillir ainsi des statistiques fort intéressantes dont il tire les conclusions suivantes :

On enverra de préférence à la montagne les tuberculeux au début, les prédisposés, les scrofuleux, les lymphatiques, toutes les manifestations tuberculeuses larvées, latentes ou de virulence atténuée, et qui ne demandent qu'à guérir à la montagne. On a cru longtemps que l'hémoptysie était à redouter. Jourdannet, Turban, Lauth, Speugler, Egger, tous les médecins dont Bernheim rapporte l'opinion et les statistiques, sont unanimes à la trouver moins fréquente en montagne qu'en plaine.

Par contre, la montagne est contre-indiquée dans les cas aigus

avec fièvre vive, à la période cavitaire ou lorsqu'il existe une complication cardiaque qui risquerait de se transformer en crise asystolique et de se compliquer de congestion pulmonaire.

A quel moment doit-on faire la cure à la montagne ? La cure en hiver est incontestablement plus efficace qu'en été. Car c'est en hiver que se trouvent réunies à l'optimum toutes les conditions climatériques : température basse, air pur et calme, intensité de la lumière solaire. Mais il est toutefois des malades, surtout des arthritiques et des neurasthéniques, qui ne peuvent se faire à la vivacité du froid. Ceux-là feront leur cure d'altitude à partir de juillet et redescendront à la plaine en septembre à l'arrivée de la neige.

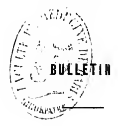
En général, il vaut mieux faire à la montagne des cures répétées, intermittentes, qu'un séjour prolongé.

Quelle altitude recommander? — Il est difficile de formuler sur ce point des règles générales. On tiendra compte surtout, pour en décider dans chaque cas particulier, de l'état nerveux de son malade. Est-ce un lymphatique, un apathique, qui a besoin d'un stimulant ? La grande altitude lui conviendra. Est-ce un nerveux, un éréthique, un excitable? Il lui faudra la faible altitude et son action calmante. En général, il faut préférer les altitudes moyennes aux altitudes extrêmes ; les éléments actifs de la cure y sont les mêmes; et les accidents, qui pourraient provenir d'une prédisposition insoupçonnée ou d'une susceptibilité imprévisible, sont moins redoutables.

C'est surtout avec les phtisiques qu'il faut se méfier des doses élevées, des moyens violents et des altitudes extrêmes.

Le Gérant : O. DOIN

Imp. F. Levé, 17, rue Cassette. — Paris-6e



Utilitarisme. — Léopold II et la vaccine. — La police scientifique en Italie. — Projet de réforme de la condition des agrégés. — Mortalité des enfants d'un à quatorze ans en France. — Extirpation de l'appendice. — Sérothérapie de la fièvre typhoïde chez les enfants.

On prête à Sir Frédéric Trèves, dit le *Bulletin médical de Québec*, celui à qui l'Empire britannique est largement redevable du retour à la santé du roi Édouard, les paroles suivantes : « Une bonne digestion et un foie qui fonctionne bien sont plus utiles dans la lutte pour la vie en ce monde que la science des hautes mathématiques, comme des membres robustes et la capacité pour un bon travail manuel sont plus utiles à nos mères de famille que toute la connaissance approfondie des fractions décimales et des verbes irréguliers. » La phrase, pour être banale en elle-même, n'en comporte pas moins, sous son apparence superficielle, un grand fond de pratique et utile vérité.



Il a suffi que Léopold II et la princesse Clémentine se soient fait vacciner pour qu'une véritable rage vaccinatoire, dit le *Gil Blas*, se soit emparé de Bruxelles. L'aristocratie a suivi l'exemple royal et la bourgeoisie a emboîté le pas à la haute noblesse.

Bien plus, dans ce pays libre où rien n'est obligatoire, — pas même la vaccine — on vaccine d'office actuellement les conduc-

teurs de tramways, les cochers de fiacre, les agents de police, les gendarmes, les nourrices, les bonnes d'enfants, les couturières, les modistes, les marchands de journaux et les tondeurs de chiens.



Par ordre du ministre de l'Intérieur du royaume d'Italie, il a été fait, dit la *Revue scientifique*, pendant le dernier trimestre de l'année écoulée, un cours pratique de police scientifique pour les fonctionnaires supérieurs de la sûreté publique; ce cours fait à Rome par M. S. Ottolenghi, professeur extraordinaire de médecine légale à la Faculté de médecine de Sienne et chargé du même enseignement à la Faculté de droit de ladite ville, a pour but de faire connaître avec démonstrations sur les détenus, sur les cadavres et sur le corps du délit, l'application des méthodes scientifiques à l'identification, à la surveillance et à la recherche des criminels, ainsi qu'à la détermination de la nature du crime commis.



Un projet de réforme dont les principaux points sont les suivants a été rédigé par la Société des agrégés de Lyon : 1° maintien en exercice des agrégés jusqu'à l'âge de soixante ans; 2° à chaque période de neuf ans, vote du Conseil de Faculté qui décidera si chacun des agrégés doit être maintenu pour la période suivante avec son traitement intégral ou un traitement réduit; 3° à soixante ans, retraite entière ou proportionnelle.

Le vœu ci-après est en outre formulé : tout agrégé non pourvu d'un cours rétribué par l'état ou l'Université aura le droit de faire à la Faculté un enseignement libre payé par les personnes qui voudront en bénéficier, dans des conditions à déterminer par un règlement organique.



Si l'on veut diminuer la mortalité des enfants, il faut, suivant M. Variot, réformer profondément l'organisation actuelle des crèches, des dispensaires, des hôpitaux et des écoles, enseigner aux directeurs d'écoles l'hygiène infantile, encourager les cantines et colonies scolaires, isoler systématiquement les contagieux dans les hôpitaux d'enfants et désinfecter de la façon la plus complète tout ce qui a pu contaminer un enfant atteint d'une affection contagieuse. Cela fait, on n'aura plus à déplorer les ravages qu'exerce en France à la faveur de l'indifférence et de l'ignorance générales, la mortalité infantile.



Quand l'abdomen est ouvert pour une cause quelconque et que l'appendice parfaitement normal est facilement accessible, doit-on enlever ce dernier? Faut-il l'extirper quand ce même organe est légèrement adhérent aux parties voisines, péritoine, ovaire, fibromes utérins? Sur 74 chirurgiens qui ont répondu, à ces questions posées par M. Howard Kelly, 44 se sont prononcés contre l'excision de l'appendice normal et 26 pour. Par contre 60 contre 7 sont pour l'ablation immédiate de l'appendice du moment où l'on constate la moindre déviation de la normale. La présence de concrétions fécales dans un appendice, en apparence sain est une raison suffisante pour en faire la résection. La contre-indication à l'ablation systématique résiderait en ceci, d'après Kelly, c'est que l'appendice peut, après tout, n'être pas un organe absolument sans fonction et sans utilité.



La méthode sérothérapique de Chantemesse a été appliquée par M. Josias dans 50 cas de fièvre typhoïde infantile. Elle n'aurait donné lieu à aucun phénomène local ni à aucun trouble

de la santé imputable au médicament. Combinée à l'hydrothérapie froide, elle a fourni une moyenne de mortalité de 4 p. 100, alors que dans les hôpitaux d'enfants de Paris où l'on n'utilise que cette dernière, elle a été du 1er mars 1902 au 1er mars 1903 de 14,2 p. 100. Ce qui démontre surabondamment, conclut M. Josias, dans sa récente communication au *Congrès de Madrid*, que l'injection de sérum, jointe à la balnéation, a diminué la mortalité de la fièvre typhoïde plus que n'auraient pu le faire les méthodes thérapeutiques usuelles.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Le permanganate de potasse dans le traitement de la tuberculose chirurgicale,

par M. P. Soubeyran,
Chef de clinique chirurgicale.

Bien des antiseptiques ont été proposés dans le traitement des lésions tuberculeuses des tissus et des abcès froids en particulier, depuis l'oxymel de Fabrice Acquapendente jusqu'aux médicaments plus récents dont l'éther iodoformé est à juste titre l'un des plus accrédités.

A côté de ces divers agents, nous venons signaler le permanganate de potasse. Des résultats satisfaisants avaient été récemment obtenus à l'aide du permanganate dans le traitement du lupus, et c'est Butte, le premier, qui les avait signalés en 1897, mais sa communication passa inaperçue. Peu après Kaczanowski, de Saint-Pétersbourg, attire l'attention sur cette méthode; M. Hallopeau l'expérimente

ensuite dans son service et en présente les bons résultats à la *Société de Dermatologie* (1901).

Depuis plusieurs mois, notre maître, M. le professeur Tédenat emploie dans son service le permanganate de potasse en injection dans les cavités des abcès froids, en poudre et en solution à 1 p. 50 sur les tissus atteints par la tuberculose.

Nous ne saurions trop le remercier de l'honneur qu'il nous a fait en nous permettant de publier ces quelques observations et des conseils qu'il nous a prodigués pour la rédaction de ce travail.

MODE D'EMPLOI

Le permanganate de potasse peut s'employer sous deux formes : en solution et en poudre.

1° *Emploi du permanganate en solution.*

Le titre de la solution est de 1 p. 50; à cette dose le permanganate est suffisamment actif sans être trop caustique. Cette solution peut être employée en injection dans la cavité d'un abcès froid, ou bien elle peut servir au pansement d'une surface tuberculeuse.

a) *Injection dans les abcès froids.* — La technique diffère peu de celle des injections habituelles; la peau, nettoyée, sera ponctionnée avec un gros trocart de la série Dieulafoy-Potain ; la collection évacuée, on lavera la poche avec de l'eau stérilisée ou salée (solution de Tavel) pour enlever les débris ; enfin par la canule on injectera à l'aide d'une seringue de 10 à 20 grammes de la solution suivant le volume de la poche ; l'ouverture sera fermée

avec du collodion. Jamais nous n'avons vu cette injection être suivie de douleur.

Malgré les bons résultats que nous signalons plus loin, une seule injection ne suffira pas le plus souvent à amener la guérison ; le renouvellement sera indiqué par le volume de l'abcès, signe de la réapparition du liquide ; ce dernier est brunâtre et peut renfermer des parcelles solides de permanganate de potasse.

Ces injections ont été employées par M. Tédenat chez trois malades (Obs. I, II, III). Le premier avait une coxalgie avec abcès volumineux à la partie supérieure de la face externe de la cuisse ; du 20 février 1902 au 8 mars, il avait subi trois ponctions évacuatrices suivies d'injections d'éther iodoformés ; l'abcès s'étant reformé, le 19 mars, il est ponctionné et l'on injecte 15 grammes de la solution de permanganate à 1 p. 50 ; le malade sort de l'hôpital le 20 juillet sans que l'abcès ait reparu. Ainsi donc, chez ce malade, une seule injection avait suffi ; mais peut-être dans ce cas, comme dans le suivant, faut-il tenir compte des traitements antérieurs.

Le second malade présentait également un abcès froid d'origine coxalgique et dans un premier séjour à l'hôpital (février-mars 1902) il avait subi quatre ponctions avec injection d'éther iodoformé. Il rentre le 5 mai suivant avec un abcès qui est ponctionné aussitôt et dans lequel M. Tédenat injecte 15 grammes de la solution de permanganate ; l'abcès réapparaît, deuxième injection le 20 mai, le pus ne s'était pas reformé à la sortie du malade (5 juillet).

Le troisième malade présentait deux abcès froids sous-cutanés, l'un à la partie postérieure du bras gauche, l'autre à la partie antérieure de la jambe du même côté ; les deux collections sont évacuées, et l'on y injecte 5 grammes de la

solution de permanganate ; l'abcès du bras reste guéri après une seule injection, celui de la jambe se fistulise, le même traitement est continué, et la suppuration cesse au bout d'un mois.

b) *Application de la solution sur les plaies.* — C'est dans le traitement du lupus que cette méthode fut d'abord employée : on applique des compresses de tarlatane imbibées de la solution à 1 p. 50 que l'on recouvre de taffetas gommé.

Nombreux seront les cas dans lesquels le chirurgien pourra employer cette solution, soit en badigeonnant la surface d'une plaie, soit en imbibant les compresses destinées aux pansements.

Cette méthode a été employée dans des affections diverses dont voici le tableau :

Obs. IV. *Abcès froid thoraco-abdominal.* La malade avait subi cinq ponctions suivies d'injections d'éther iodoformé ; l'abcès est ouvert, sa paroi est excisée, puis on frotte avec la solution du permanganate ; la même solution est employée dans les pansements ultérieurs ; guérison au bout d'un mois.

Obs. V. *Abcès froid sterno-costal.* La collection est ouverte, l'os est raclé ; le malade, tuberculeux avancé, met six mois à cicatriser.

Obs. VI. *Abcès froid dorsal fistulisé.* Incision et curage des trajets ; le malade sort quinze jours après en bonne voie de cicatrisation.

Obs. VII. *Abcès froid au cours d'une tumeur blanche du coude.* La résection fut faite le 24 mai 1901 ; un an après apparaît une collection à la face postérieure du coude, elle est incisée, curettée et cautérisée avec la poudre de permanganate, puis pansée avec la solution ; guérison rapide en trois semaines.

Obs. VIII. *Tumeur blanche du coude. Résection.* Pansements avec la solution à 1 p. 50; le malade met six mois à guérir avec un bon résultat fonctionnel.

Obs. IX. *Adénite cervicale supurée.* Incision, raclage; pansements avec le permanganate; guérison rapide en moins d'un mois.

Obs. X. *Abcès froid sternocostal.* Incision, raclage, guérison en deux mois.

Obs. XI. *Ostéite tuberculeuse de la face externe du calcanéum; synovite fongueuse des péroniers latéraux.* Raclage, cautérisation avec la poudre de permanganate; pansement avec la solution, guérison en deux mois et demi.

L'application de la solution est indolore, et les bons effets, ainsi que le montrent nos observations, en sont souvent rapides.

2° *Emploi du permanganate en poudre.*

Lorsqu'une collection tuberculeuse a été ouverte, et que la paroi et la lésion osseuse ont été excisées ou raclées, le chirurgien a besoin d'un caustique énergique pour compléter l'action de l'instrument. C'est à ces cas que convient la poudre de permanganate. Après avoir séché la plaie à l'aide de compresses ou de tampons d'ouate hydrophile, on dépose de la poudre de permanganate à l'aide d'une spatule ou bien d'un flacon saupoudreur sur la surface où l'on veut agir; par-dessus on applique le pansement habituel.

Au pansement suivant, qui doit être assez rapproché, on trouve une croûte brunâtre au-dessous de laquelle les tissus ont une belle teinte jambonnée; pour les soins ultérieurs, il suffira en général d'employer la solution à 1 p. 50, à moins que les lésions ne nécessitent encore l'usage de la poudre.

Chez la plupart de nos opérés, la poudre fut appliquée

après le raclage (obs. V, VI, VII, VIII, IX, X, XI); il s'agissait de tuberculose ganglionnaire dans un cas, de tuberculose synoviale dans un autre et d'abcès froids d'origine osseuse dans les autres cas.

L'application de la poudre de permanganate est plus douloureuse que celle de la solution et provoque une cuisson assez vive. Dans les observations V et IX la douleur fut assez notable et persista pendant une demi-heure environ.

MODE D'ACTION

Le permanganate de potasse est un puissant agent d'oxydation; « c'est de l'oxygène solide », dit Jeannel; mis en présence des matières organiques, il leur abandonne de l'oxygène (ou de l'ozone pour quelques-uns) à l'état naissant, qui les oxyde. Sa valeur antiseptique est considérable pour Davaine, Miquel, Koch; dans le tableau de Miquel il figure parmi les antiseptiques forts, dans celui de Koch il a un bon rang; à 1/3.000 (Koch) il entrave l'accroissement des bacilles du sang de rate, à 1/1.500 il les supprime entièrement.

En solution il est irritant jusqu'à 1 p. 250; au delà à 1 p. 100 et à 1 p. 50 il est caustique; enfin il est très peu toxique. La solution à 1 p. 50 est donc un antiseptique puissant, et non seulement elle désinfecte les plaies, mais elle les modifie heureusement et en hâte la cicatrisation.

Employé en poudre, l'action caustique est énergique; au contact des tissus il se dégage une chaleur extrêmement forte (1).

L'action antiseptique puissante du permanganate de

(1) M. Tédenat a mesuré le dégagement de chaleur en mettant de la poudre de permanganate de potasse dans une tranche de viande fraîche et en plaçant au milieu un thermomètre; la température s'est élevée à 75°.

potasse lui permet de lutter énergiquement contre le bacille de Koch. De plus c'est un hémostatique. « Son pouvoir hémostatique a probablement une action sur les nombreux vaisseaux sanguins qui irriguent le tubercule; peut-être provoque-t-on ainsi, par la disparition de la vascularisation, des phénomènes analogues à ceux qui se produisent dans la régression spontanée (1). »

AVANTAGES ET RÉSULTATS

Il suffit de parcourir nos observations pour se rendre compte des résultats satisfaisants de cette méthode. Les avantages qui en ressortent le plus nettement sont les suivants :

C'est d'abord un traitement facile, à la portée de tous les médecins et de tous les malades; la technique des injections est simplifiée et l'on n'a pas à se préoccuper de phénomènes de distension et de sphacèle.

De plus c'est un traitement indolore s'il s'agit de l'emploi de la solution à 1 p. 50 ; l'application de la poudre est parfois suivie de quelques douleurs, mais ces phénomènes sont peu durables; il suffirait, si l'on voulait éviter la douleur, de faire procéder l'usage de la poudre, d'applications de compresses trempées dans une solution de chloral ou de cocaïne.

Enfin jamais nous n'avons relevé d'accidents; si bien que, sans vouloir diminuer l'efficacité de l'éther iodoformé dans le traitement des abcès froids, nous pouvons cependant faire remarquer qu'ici nous n'avons pas à nous occuper de l'intolérance de certains individus pour l'iodoforme ou des phé-

(1) Dupuy. *Traitement du lupus par le permanganate de potasse.* Thèse de Paris, 1901.

nomènes dus à l'absorption de l'éther (somnolence, vomissements, syncopes); il n'y a pas non plus à craindre de gonflement douloureux de la poche.

L'efficacité de cette méthode nous paraît incontestable; parfois la guérison a été rapide, d'autres fois elle fut plus lente, mais le tableau suivant emprunté à Lannelongue (1) ne montre-t-il pas que les résultats se font souvent attendre de long mois dans le traitement des abcès froids par l'éther iodoformé?

Ce tableau porte sur 17 cas :

4	furent guéris par	1	injection	(c'étaient des abcès d'origine rachidienne).
3	—	2	—	
3	—	4	—	
1	—	5	—	

6 ont eu des fistules et ont guéri avec un délai de 10 mois à 2 ans.

Observation I. *Coxalgie droite. Abcès crural externe.* (Trois injections d'éther iodoformé sans résultat; une injection de la solution de permanganate de potasse ; guérison.)

D..., Léon, 18 ans, coiffeur, entré le 17 février 1902, à l'hôpital Saint-Éloi, dans le service de M. le professeur Tédenat.

La coxalgie est apparue il y a deux ans ; depuis deux mois un abcès s'est montré à la partie supéro-externe de la cuisse Le membre amaigri est en adduction, l'articulation n'est pas douloureuse à la pression, il y a ankylose complète, l'épine iliaque droite est surélevée.

Le 20 février, l'abcès est ponctionné; il coule 150 grammes d'un liquide hématique, grumeleux ; lavage de la partie à

(1) Lannelongue. *Académie des sciences*, 1899.

l'eau salée, injection de 10 grammes d'éther iodoformé; le 27 février et le 8 mars, nouvelles ponctions avec injection d'éther iodoformé.

Le 19 mars, quatrième ponction, il s'écoule 30 grammes de liquide, et l'on injecte 10 grammes de la solution de permanganate de potasse à 1 p. 50.

Le malade ne souffre ni après l'injection, ni les jours suivants. Le 10 avril, il semble qu'il existe encore un peu de liquide dans la poche, mais on ne le retrouve plus quelques jours après.

Le malade sort le 20 juillet 1902, l'abcès est guéri; l'état du membre est satisfaisant.

Obs. II. *Coxalgie droite. Abcès crural.* (Cinq injections d'éther iodoformé sans résultat; guérison après deux injections de la solution de permanganate.)

N..., Joseph, 20 ans, entré le 5 mai 1902, dans le service de M. le professeur Tédenat. La coxalgie débuta il y a trois ans, à la suite d'un traumatisme; le malade marche depuis deux ans avec un appareil de Thomas. En décembre 1901, un abcès apparut à la partie supéro-externe de la cuisse.

En février 1902, ce malade fit un séjour à l'hôpital et M. Tédenat lui fit cinq ponctions suivies d'injections d'éther iodoformée; le malade sort le 25 mars.

Il rentre à l'hôpital le 5 mai, avec une collection située au même niveau, assez volumineuse.

7 mai. Ponction : il s'écoule 125 grammes d'un liquide brunâtre, épais; M. Tédenat injecte 15 grammes de la solution de permanganate de potasse à 1 p. 50. Cette injection n'est pas suivie de la moindre douleur.

20 mai. Le pus s'est reformé. Deuxième ponction : il

coule 80 grammes de pus; injection de 10 grammes de la solution de permanganate.

Le pus ne se reproduit, le malade sort le 3 juillet 1902.

Obs. III. *Abcès froids du tissu cellulaire sous-cutané.* (Guérison en un mois.)

C..., François, typographe, 15 ans, entré le 20 juin 1902, dans le service de M. le professeur Tédenat.

Sujet à facies pâle, avec état général peu brillant.

Depuis un mois et demi, le malade éprouve une gêne et une douleur légères à la partie postérieure du bras gauche et à la jambe du même côté; peu après apparut une petite grosseur qui alla en grossissant. A l'examen on trouve à la face postérieure du bras gauche, dans le sillon du triceps et du deltoïde, une tumeur du volume d'une noix; la peau est normale, mobile; il existe de la fluctuation. Sur la jambe gauche, au-devant de la face interne du tibia et à cinq travers de doigt de l'articulation tibiotarsienne, il existe une tumeur analogue un peu plus petite.

Les deux collections sont ponctionnées, le 24 juin, il s'écoule un pus granuleux, mal lié; on injecte 5 cc. de la solution de permanganate à 1/50, on masse la poche et l'on ferme avec du collodion.

Le 5 juillet 1902, le malade sort : l'abcès du bras paraît guéri; celui de la jambe s'est fistulisé, on y injecte la même solution.

Dans le courant du mois de juillet, le malade revient deux fois par semaine; on continue les mêmes pansements et il part guéri à la fin du mois pour les bains de mer.

Obs. IV. *Abcès froid thoraco-abdominal.* (Cinq injections d'éther iodoformé sans résultat. Incision, raclage, attouchements avec la solution de permanganate; guérison en un mois.)

M..., Nancy, 25 ans, entrée dans le service de M. le professeur Tédenat, le 15 janvier 1902.

Femme, d'aspect lymphatico-strumeux, qui, depuis un an, éprouvait des douleurs à la base du thorax ; six mois après apparut à l'hypocondre gauche, une tumeur qui grossit assez rapidement.

L'abcès est situé à gauche, un peu au-dessus de la ligne horizontale passant par l'ombilic; il atteint le volume du poing, la peau est normale.

Le 17 janvier, la malade subit une ponction, suivie d'injection de 10 cc. d'éther iodoformé ; le 21 janvier, deuxième injection d'éther iodoformé ; le 29 janvier, le 12 et le 20 février, on fit encore d'autres ponctions suivies d'injections d'éther iodoformé ; on se décide à intervenir.

La malade est opérée le 26 février; la cavité est vidée et curettée; la paroi est excisée autant qu'il est possible, un point de côte qui paraît suspect est soigneusement raclé; puis, on frotte les parois avec des compresses imbibées de permanganate de potasse en solution à 1 p. 50 et l'on bourre de gaze.

Le lendemain on panse la malade, car la plaie a abondamment coulé; elle n'a éprouvé aucune douleur.

Les jours suivants, la malade présente une légère fièvre traumatique qui tombe rapidement, à chaque pansement les tissus sont d'un beau rouge vif, la plaie se comble rapidement et, le 28 mars, la malade sort guérie.

Obs. V. *Abcès froid sterno-costal chez un tuberculeux avancé.* (Incision, application de la poudre de permanganate; guérison en trois mois.)

B..., François, 35 ans, infirmier, entré dans le service de M. le professeur Tédenat le 11 janvier 1902, possède des antécédents assez chargés : c'est un ancien strumeux, soi-

gné depuis longtemps pour une conjonctivite granuleuse; il a eu une pleurésie droite il y a trois ans et, depuis sept mois, présente des signes non douteux de tuberculose pulmonaire; il a de plus beaucoup maigri.

Depuis trois mois une petite tumeur est apparue au-devant du sternum, ne déterminant aucune gêne. Elle siège sur le bord droit du sternum, au niveau du troisième cartilage costal et atteint le volume d'une petite mandarine; la peau, violacée, amincie, est près de laisser échapper le pus contenu dans la poche.

Deux jours après l'abcès est ouvert, la poche est excisée partiellement et curettée; le sternum et le cartilage sont soigneusement grattés, puis on saupoudre la plaie avec des cristaux de permanganate de potasse. Après l'opération le malade souffre pendant une demi-heure environ; les pansements suivants sont faits avec la solution à 1 p. 50, mais l'état général est mauvais, le malade tousse beaucoup, crache et maigrit.

La plaie cependant bourgeonne et se comble assez rapidement pendant les premières semaines qui suivent l'opération; puis elle progresse lentement et ce n'est qu'au commencement d'avril qu'elle est cicatrisée.

Obs. VI. *Abcès froid dorsal fistulisé.* (Incision, raclage, application de la poudre de permanganate, guérison rapide).

F..., Henri, 24 ans, cultivateur entré dans le service de M. le professeur Tédenat le 6 juillet 1902.

C'est un malade assez bien constitué, chez lequel était apparu il y a quinze mois un abcès à la région dorsale; cet abcès fut incisé deux mois après et, depuis lors, il persiste une fistule laissant couler un pus abondant; l'état général s'est toujours maintenu satisfaisant.

Le malade présente deux fistules situées à gauche de la

ligne des apophyses épineuses, à 3 centimètres et au niveau de la 7ᵉ et de la 9ᵉ vertèbre dorsale; ces fistules à bords violacées, minces et décollés, sécrètent abondamment; le stylet introduit dans leur trajet s'enfonce obliquement en fuyant le rachis, sans arriver sur une surface osseuse dénudée.

Le 15 juillet, le malade est opéré; les trajets sont largement ouverts, excisés, curettés; on n'arrive sur aucune côte. On saupoudre avec du permanganate de potasse en cristaux, et au contact des tissus il se dégage une chaleur extrêmement vive.

Le malade ne ressent aucune douleur après l'opération; il est pansé deux jours après, les tissus ont une belle teinte jambonnée, on applique la solution de permanganate à 1 p. 50.

Le malade sort, le 30 juillet, presque complètement cicatrisé.

Obs. VII. *Abcès froid au cours d'une tumeur blanche du coude droit.* (Incision, raclage, application de la poudre de permanganate, guérison en un mois.)

J.., Adolphe, 21 ans, entré le 15 mai 1901, dans le service de M. Tédenat, pour une tumeur blanche du coude droit dont le début remonte à deux ans; le coude est globuleux en demi-flexion, les mouvements sont abolis, il existe un abcès à la face antérieure et une fistule à la région interne.

Le 24 mai, M. Tédenat résèque l'extrémité inférieure de l'humérus, la plaie opératoire reste longtemps à cicatricer, des trajets fistuleux s'étant reformés, mais l'état général se maintient excellent.

En décembre, on commence à faire des injections sclérogènes, afin de consolider la néarthrose.

En avril 1902, tous les trajets sont fermés et le malade

commence à faire mouvoir son avant-bras; mais un abcès se forme le mois suivant, à la partie postérieure de l'olécrane, du volume d'une noix; il est incisé et l'on y met de la poudre de permanganate de potasse; il est ensuite pansé avec la solution à 1 p. 50. A la fin du mois le malade sort complètement cicatrisé. Le résultat fonctionnel de sa néarthrose est excellent.

Obs. VIII. *Tumeur blanche du coude gauche.* (Résection. Pansements au permanganate de potasse; guérison en sept mois.)

D. A..., 20 ans, entré en mars 1902 dans le service de M. Tédenat. Sujet assez bien constitué, sans antécédents, souffrant depuis deux mois de la région postérieure du coude gauche; le coude s'est tuméfié et bientôt immobilisé, le bras a beaucoup maigri, une incision fut faite à la partie postérieure par un médecin qui crut à un abcès.

Le coude est globuleux, le biceps est en contracture, les extrémités osseuses paraissent augmentées de volume.

Le 25 avril, M. Tédenat résèque l'extrémité inférieure de l'humérus ainsi que l'extrémité supérieure du cubitus; les fongosités sont curettées, et la plaie est saupoudrée avec la poudre de permanganate.

Les pansements suivants sont faits avec la solution à 1 p. 50; la vaste brèche qui résulte de l'opération offre un aspect rouge vif et se comble rapidement.

En juillet 1902 il ne reste plus que trois fistules, postéro-externes où l'on injecte la solution et qui sont fermées fin octobre.

Le résultat fonctionnel est très satisfaisant.

Obs. IX. *Adénite tuberculeuse sous-maxillaire.* (Extirpation, curage. Pansements au permanganate de potasse, guérison en moins d'un mois.)

V. M..., âgée de 15 ans, entrée le 24 juin 1902 dans le service de M. le professeur Tédenat. L'enfant a des antécédents strumeux irréfutables; depuis quatre mois de petites glandes sont apparues au cou.

Ces ganglions, actuellement du volume d'une grosse noisette, sont ramollis et fluctuants; la peau est violacée à leur niveau.

Ils siègent sous la mâchoire : deux à gauche, un au milieu et un à droite.

Le 26 juin, M. Tédenat procède à leur ablation et au grattage de la paroi de ceux qui s'ouvrent au cours de l'opération; puis il applique de la poudre de permanganate de potasse.

La malade souffre assez pendant un quart d'heure environ après l'opération; huit jours après elle sort presque complètement cicatrisée; elle revient se faire panser et nous la revoyons complètement guérie le 20 juillet.

Obs. X. *Abcès froid sternocostal*. (Incision, raclage, pansements avec le permanganate de potasse, guérison en deux mois.)

P. A..., 56 ans, entré le 26 août 1902 dans le service de M. le professeur Tédenat; c'est un homme peu robuste, s'enrhumant facilement. En février 1902, le malade eut, dit-il, une fluxion de poitrine; un mois après, des douleurs assez vives apparurent au-devant de la poitrine et bientôt une petite tumeur lui succède, qui grossit peu à peu. Des cataplasmes sont appliqués et la tumeur s'ouvre donnant issue à du pus.

Le malade présente une ulcération grande comme une pièce de deux francs située sur le bord droit du sternum, au niveau de son union avec le deuxième cartilage costal. Le stylet arrive facilement sur l'os.

Le 5 septembre, j'incise la fistule et racle énergiquement le sternum et le cartilage; puis j'applique de la poudre de permanganate.

Les pansements suivants sont faits avec la solution; le 26 septembre il ne reste plus qu'une fistule, le malade sort le 20 octobre complètement guéri, mais avec un état général laissant à désirer.

Obs. XI. *Ostéite tuberculeuse de la face externe du calcanéum; synovite fongueuse des péroniers latéraux.* (Raclage. Cautérisation avec la poudre de permanganate de potasse. Guérison.)

B. F., âgée de 21 ans, entrée dans le service de M. le professeur Tédenat le 8 septembre 1902. Cette femme dont les antécédents sont normaux et dont la santé générale est bonne, souffre depuis deux ans de sa cheville droite. Celle-ci s'est tuméfiée sur le côté externe, un abcès s'est formé, puis s'est ouvert et une fistule en est résultée, datant de vingt mois.

La malade qui n'a pas cessé de marcher présente :

1° Une fistule violacée conduisant sur la face externe du calcanéum, près de son extrémité antérieure;

2° Une région empâtée fluctuante, correspondant aux tendons des péroniers latéraux, allongée suivant leur trajet; la peau, violacée, rendurcie, menace de céder.

Les articulations du pied et du cou-de-pied sont intactes. Le 10 septembre, j'ouvre l'abcès froid des péroniers, je racle énergiquement l'os, et les fongosités abondantes qui se prolongent derrière le tendon d'Achille, puis je verse de la poudre de permanganate en assez grande abondance.

Dans la journée la malade souffre légèrement.

A la fin du mois quelques fongosités apparaissent encore dans la plaie; elles sont excisées; la malade est pansée avec la solution à 1 p. 50 et, à partir de ce moment, la cicatrisation marche rapidement.

Le 25 novembre elle sort guérie; son état général est excellent.

CONCLUSIONS

Des observations que l'on vient de lire et des considérations générales qui les précèdent, il est permis de tirer les conclusions suivantes :

Les collections tuberculeuses symptomatiques ou non d'une lésion osseuse, peuvent être justiciables de la ponction suivie d'injection de la solution de permanganate de potasse à 1 p. 50.

Après l'ouverture d'une collection tuberculeuse ou d'un trajet fistuleux, l'application de la poudre de permanganate détruit les granulations fongueuses et modifie avantageusement les tissus; consécutivement les pansements seront continués avec la solution.

L'emploi de permanganate en poudre ou en solution n'est suivi d'aucun accident; à peine note-t-on parfois des douleurs peu persistantes.

Il suffit de parcourir nos observations pour se convaincre des bons résultats que nous avons obtenus avec cette méthode.

CONGRES DE BIARRITZ

Discours prononcé à l'inauguration du IIIe Congrès de Thalassothérapie de Biarritz,

par ALBERT ROBIN,
Président du Congrès.

I

MESSIEURS,

Après huit années de sommeil, les Congrès de Thalassothérapie, fondés en 1894 par Verneuil, et dont les premières sessions ont été tenues à Boulogne-sur-Mer et à Ostende, se réveillent sur vos plages lumineuses, en face de l'Océan resplendissant, dans cette ville de Biarritz qui porte fièrement autour de ses armes, cette orgueilleuse devise dont elle justifie tous les termes :

Aura, sidus, mare me adjuvant.
J'ai pour moi les vents et les astres et la mer.

En inaugurant les travaux du Congrès renaissant, je tiens à remercier d'abord, au nom du Comité d'organisation, M. Chaumié, ministre de l'Instruction publique qui a bien voulu accepter la présidence d'honneur du Congrès et qui s'est fait représenter par M. de Saint-Arroman, dont vous venez d'entendre la parole autorisée.

M. le ministre de l'Intérieur, président du Conseil, a délégué aussi M. le Dr Armaingaud qui fut, en France, le

promoteur ardent de la lutte anti-tuberculeuse et dont vous saluerez avec moi la généreuse initiative, trop oubliée peut-être par ceux qui l'ont suivi, sans le dépasser, dans son œuvre de solidarité sociale, de science et d'humanité. Dans cette lutte, M. le Dr Armaingaud a été véritablement le précurseur; il a commencé seul, sans autres appuis que sa conviction et son énergie. Rien ne l'a découragé dans son apostolat, ni les obstacles, ni l'indifférence des autres, ni même les injustices dont il a été l'objet. Il a doté la France d'institutions modèles, et donné aux philanthropes une leçon de choses qui a entraîné les bonnes volontés et déterminé l'élan de tous les peuples civilisés. Applaudissons le Dr Armaingaud, Messieurs, et rendons-lui au nom de ceux dont il a racheté la vie, le juste et reconnaissant hommage qu'ont omis de lui décerner les Congrès de Londres et de Berlin.

Nous prierons ensuite les deux délégués ministériels de transmettre le témoignage de notre gratitude au Gouvernement de la République et aux Ministres qu'ils représentent.

Je remercie aussi M. le Maire et les Conseils élus de la ville de Biarritz, qui nous donnent, en leur belle cité, une hospitalité dont nous apprécions tous la cordiale sympathie.

Nous exprimons encore toute notre gratitude à l'Académie de médecine qui a accueilli si favorablement notre invitation; aux Facultés de Médecine de Bordeaux, de Lille et de Toulouse qui sont représentées par MM. les professeurs Arnozan, Lemoine, Lambret, Carlier, Garrigou dont la chaire d'hydrologie vient d'être titularisée par M. le ministre de l'Instruction publique;

Au Conseil municipal de Paris que représentent M. Ambroise Rendu, président de la Ve Commission, le Dr Chérot et M. Rozier;

A l'administration de l'Assistance publique, représentée par M. le Dr Camino;

Aux gouvernements étrangers, qui nous ont envoyé des délégués, parmi lesquels le professeur Winternitz (de Vienne), Oscar Liebreich (de Berlin), Lorthioir (de Bruxelles), B. Guizy (d'Athènes), qui honorent grandement notre Congrès et à qui nous sommes heureux de souhaiter la bienvenue, au nom de la France, ainsi qu'aux délégués des Sociétés savantes françaises et étrangères; MM. les Drs Casse, président de l'Académie de médecine de Bruxelles; Alexandre de Poehl (de Saint-Pétersbourg); Hiller (de Stockholm); H. Keller (de Rheinfelden); et tant d'autres savants éminents de tous les pays dont je regrette que le temps ne me permette pas de vous citer les noms respectés.

Enfin, nous devons une mention spéciale de reconnaissance à la « Biarritz-Association », dont l'appel a réveillé notre Congrès; au Corps médical de Biarritz, qui a si largement contribué à son succès; à nos dévoués secrétaires, M. le Dr Lobit (de Biarritz), et M. le Dr Georges Baudouin (de Paris), qui ont assumé la tâche difficile de l'organisation du Congrès, et qui s'en sont acquittés si brillamment et d'une manière si agréable pour nous, parce qu'ils n'ont ménagé ni leur intelligence ni leur dévouement.

II

Messieurs, les conditions hygiéniques qui entretiennent la santé, modifient les prédispositions héréditaires encore latentes ou transforment des opportunités morbides, constituent des ressources aussi précieuses et plus faciles à mettre en œuvre que les innombrables remèdes dont s'enorgueillit la matière médicale aux flancs des bocaux pharmaceutiques.

Quand, suivant la forte expression de Michelet, l'homme est usé par le séjour des villes, par la vie des foules, par la rude terre qu'il aime tant, c'est la mer complaisante qui l'accueille sur ses rivages et dans son sein pour lui rendre sa sève et ses forces défaillantes. Elle transforme la nature. Elle est le formidable creuset où s'élaborent les premières vies encore indécises, où du chaos des principes immédiats naît la matière organisée, où l'air des continents se purifie et redevient comme vivant sous la battue des vagues.

L'air marin! Plus dense, plus constant dans sa température, assaini par les vents et par les flots, chargé d'électricité et d'ozone, saturé d'un embrun salé et iodé, baigné de lumière, il stimule toutes les fonctions organiques, l'appétit, la digestion, l'assimilation et les divers actes chimiques de la nutrition élémentaire. La respiration y puise des éléments plus purs et plus réparateurs. Il régularise l'hématose et les rénovations moléculaires.

Les bains de mer accroissent aussi ce double mouvement d'assimilation et de désassimilation qui constitue la nutrition, cette primordiale manifestation de la vie. Ils contribuent à la combustion des résidus de l'activité organique qui, au lieu de stagner en nous et d'engendrer, par leur rétention, des troubles fonctionnels préparateurs de maladies, se solubilisent sous leur influence et deviennent ainsi d'une élimination plus facile.

L'air de la mer et la balnéation marine, ces puissants modificateurs des échanges organiques, sont donc des moyens de reconstitution, de recorporation, comme disaient les Anciens, qui pensaient justement qu'en activant la rénovation des tissus, on pouvait modifier les tempéraments héréditaires ou acquis et laver, pour ainsi dire, les tares morbides latentes encloses en l'organisme humain.

Mais cette exagération de vitalité que la mer imprime aux êtres qui l'approchent, doit faire écarter d'elle ceux qui souffrent déjà de cette forme d'usure que la tradition populaire désigne du nom de consomption, c'est-à-dire ceux qui sont inaptes à réparer leurs pertes, parce qu'ils brûlent plus qu'ils n'assimilent. Ceux-là, il faut les apaiser; il faut éteindre le feu qui les brûle et non propager l'incendie au souffle ardent de la mer.

III

Dans les temps hippocratiques, l'observation médicale avait déjà fixé les grandes indications du séjour sur le littoral, mais leur application demeurait entourée de constantes difficultés.

En effet, les conditions de ce séjour sont influencées par d'innombrables particularités locales, entre autres par des conditions topographiques qui peuvent changer en agent sédatif le climat marin d'essence stimulante. Fonssagrives disait avec raison qu'une station maritime sédative ne possède pas cette propriété parce qu'elle est au bord de la mer, mais quoiqu'elle soit au bord de la mer.

D'un autre côté, il n'est pas toujours aisé de définir, par les seules ressources de la clinique ordinaire, ce qui, dans les maladies, ressortit à la stimulation et à la sédation, car ce sont là des manières d'être qui dépendent au moins autant de l'individualité du malade que de la nature de l'affection dont il est atteint. Il n'y a pas de maladie qui impose partout et en tout temps le même sens aux activités organiques, et, par conséquent, les règles les mieux établies pour leur traitement fonctionnel comportent toujours de multiples exceptions.

Mais l'incertitude qui résulte de cette sorte d'instabilité de la médication et de l'élément morbide qui doivent nous servir de guide, cette incertitude, dis-je, peut être singulièrement éclairée par la chimie pathologique et par la connaissance qu'elle nous donne des dérangements fonctionnels de la nutrition, puisqu'elle nous permet, en quelque sorte, de traduire en chiffres l'activité vitale, et de la mesurer dans son ensemble et dans tous ses modes organiques.

Connaitre, d'une part, l'action d'une médication sur les échanges élémentaires; d'autre part, les variations de ces échanges chez tel individu, dans telle affection déterminée; puis opposer ensuite avec exactitude la médication aux troubles fonctionnels de sens inverse, voilà une méthode thérapeutique dont la valeur n'a plus à être démontrée.

Qu'on l'applique à la médication marine, et l'on verra les obscurités se dissiper, et les apparentes contradictions de la clinique trouveront un terrain d'entente.

Prenons l'exemple de la chlorose et des anémies. Ce ne sont pas des entités morbides, comme on l'enseigne officiellement à tort : ce sont des apparences d'entité, des ensembles symptomatiques, des aboutissants morbides auxquels on arrive par des chemins divergents, puisqu'on peut être chlorotique ou anémique par oxydation et destruction globulaire exagérées, par oxydation et rénovation globulaire insuffisantes ou par déminéralisation du plasma sanguin qui devient impropre à la conservation et à la formation des globules rouges du sang.

La même médication ne saurait convenir indistinctement aux anémiques de chacun de ces groupes.

Le fer, qui accroît les oxydations, nuira aux chloroses par excès de destruction ; il sera inutile dans les chloroses plasmatiques tant que l'équilibre minéral du plasma ne sera

pas reconstitué; il ne trouvera son véritable emploi que dans celles où les échanges sont insuffisants.

Les arsenicaux, ces merveilleux modérateurs de la nutrition, n'auront d'influence que sur les chloroses dans lesquelles les réactions chimiques de la vie sont en hausse. Ils ne modifieront pas les anémies par déminéralisation ou plasmatiques et seront contre-indiqués dans celles où la nutrition est fléchissante.

En présence d'une chlorotique, il faut donc fixer d'abord le sens des variations chimiques de ses échanges organiques, au lieu de procéder dans son traitement par essais inutiles ou néfastes, et l'on pourra prescrire aussitôt la médication nécessaire avec une précision que la clinique ratifiera toujours.

Ainsi, c'est une notion classique que la médication marine donne d'excellents résultats chez nombre d'anémiques, mais que certains d'entre eux échappent à son action qui tend plutôt alors à les aggraver, sans qu'on ait établi, jusqu'à présent, le motif de cette différence.

Mais si l'on sait que la médication marine est stimulante des échanges et reminéralisatrice, tout s'éclaire. Nous lui confierons les anémies avec oxydations insuffisantes et les chloroses plasmatiques, et nous écarterons d'elle les cas où l'anémie est la conséquence d'actes vitaux exaspérés, car elle ne pourrait qu'accentuer la déchéance.

Ainsi, l'on porte une certitude inconnue jusqu'ici dans l'adaptation de cette médication marine à la cure de l'anémie.

Il en est de même pour la tuberculose.

Si la mer est indiquée dans la plupart des tuberculoses locales, elle ne semble favorable qu'à une minorité de phtisiques. Aujourd'hui, nous savons pourquoi. C'est parce que

chez le plus grand nombre des phtisiques, il y a exagération des échanges respiratoires traduisant une suractivité des réactions chimiques désassimilatrices et destructives de l'organisme. L'examen des échanges nutritifs distinguera sûrement cette minorité de phtisiques privilégiés justiciables de tel climat marin, et ceux-ci seront assurés par avance, de retirer bénéfice d'une cure instituée avec un maximum de probabilité.

Pour ces phtisiques-là, la cure à l'air libre, si énergiquement défendue par le Dr Lalesque (d'Arcachon), se fera dans le grand Sanatorium de la nature, dans l'air pur du ciel marin, avec l'espace infini pour horizon. Et ce Sanatorium de nos côtes de France, tout vibrant de gaîté, de vie et d'espérance, est autrement salutaire que les murailles de pierre si vantées, édifiées à coups de millions et dont les Ligues triomphent si bruyamment, mais où ces malades ne guérissent pas mieux que dans l'atmosphère sédative et reconstituante de certaines de nos plages.

IV

Aux indications thérapeutiques que l'organicisme du dernier siècle avait fondées sur la connaissance de la lésion anatomique qui, pour lui, représentait toute la maladie; à celles que l'observation si minutieuse des Anciens appuyait sur le tempérament ou sur les réactions apparentes de l'individu malade, la chimie de la nutrition ajoute donc celles plus intimes encore qui s'adressent aux éléments morbides considérés indépendamment de l'affection dont ils ne sont qu'une des conséquences ou un des actes.

Alors, l'obscure notion du tempérament, le mot vague d'idiosyncrasie avec lequel les théoriciens masquaient —

sous un vocable originé du grec — leur ignorance du pourquoi des aptitudes individuelles, tout cela devient lumineux et définissable comme une opération mathématique. Le chiffre et la réaction chimique remplacent ou complètent le vieux « coup d'œil » médical, et apportent à l'antique observation clinique leur précision et leur inflexibilité.

En ce qui concerne la médication marine, à peine la voie commence-t-elle à être dessinée, mais on en voit nettement la direction. A vous, Messieurs, il appartient de la poursuivre, en apportant le concours de votre expérience et de vos travaux.

Vous devez mettre au point les données simplement esquissées déjà pour les anémies et la tuberculose; puis, mettre d'autres états morbides à l'étude, afin de déterminer les indications et les contre-indications de leur traitement; enfin, réaliser, dans la mesure du possible, la spécialisation thérapeutique des grands groupes de stations marines et même des principales d'entre elles.

Nos Congrès sont destinés à discuter et à enregistrer les résultats acquis. Ceux de Boulogne-sur-Mer et d'Ostende ont provoqué de solides communications sur le traitement des tuberculoses externes et du rachitisme. L'inépuisable sujet de la phtisie pulmonaire a été abordé par des hommes éclairés et rompus aux difficultés de la pratique, mais sans que l'accord définitif se soit fait sur la plupart des questions proposées.

Et c'est pourquoi ce grave problème revient encore une fois à votre ordre du jour. Il ne comporte pas moins de trois rapports et de dix communications sur les vingt-sept qui ont été annoncées.

Nous n'espérons pas que le IIIe Congrès apportera une

de ces formules absolues qui rallient toutes les opinions. De ces formules-là, il n'y en a point, et il ne saurait y en avoir. Celles qu'on a doctrinalement proposées ont été bien vite effacées par d'autres dont la durée n'a pas été moins éphémère.

Voyez celle du sanatorium populaire dont nous parlions, il n'y a qu'un instant. Pour ses défenseurs, il doit être — excusez cette formule qu'aurait enviée Joseph Prud'homme — « la base inébranlable sur laquelle doivent s'appuyer les efforts de la lutte antituberculeuse » ! Et pourtant les enthousiasmes du début sont singulièrement rafraichis.

Le Dr Lemoine (de Nancy), le Dr Brunon (de Rouen), le Dr Lalesque (d'Arcachon), H. Huchard, J. Renaut et tant d'autres autorisés, ont instruit son procès. De base, il est réduit à l'état de moyen — d'ailleurs très coûteux — applicable seulement, comme l'a dit le Dr G. Kuss, dans son rapport sur le sanatorium d'Angicourt, à un petit nombre de phtisiques soigneusement choisis au point de vue social et médical.

La vérité, c'est qu'aucune formule d'ensemble ne saurait répondre à tous les cas, ni même représenter une solution moyenne, car nous ne nous trouvons jamais qu'en présence de problèmes particuliers.

Et le IIIe Congrès de Thalassothérapie aura fait œuvre utile et bien mérité de la pratique médicale, s'il parvient à éclaircir quelques-uns de ceux qui lui ont été proposés.

MESDAMES,

Par ce soleil renaissant qui attiédit le ciel et élargit les horizons, vous nous faites la grâce d'apporter dans notre sévère réunion comme une parcelle vivante du printemps.

Vous, dont le cœur précieux comprend si bien ce que disent les voix des flots et des forêts dans le silence de la nature, vous savez que nous nous sommes réunis pour apprendre comment la mer — cette mer dont Euripide disait qu'elle dissout les maux de l'humanité — affermit la langueur des enfants débiles, au souffle vivant de ses brises, et comment elle les fortifie pour le grand combat de l'avenir. Votre présence au milieu de nous est un charme qui nous encourage, et vous aurez ainsi votre part dans l'accomplissement de l'œuvre de science et d'humanité que nous poursuivons.

REVUE CRITIQUE DE PHARMACOLOGIE

I. — Aperçu sur l'application des oxydases en thérapeutique;
II. — Le mercure dans le traitement de la syphilis;
III. — Quelques considérations sur un nouvel antinervin;

par G. Bardet.

I

On commence à parler beaucoup depuis quelque temps de l'usage des *métaux colloïdaux*, c'est là un sujet particulièrement délicat et qu'il serait impossible de traiter en quelques mots, mais cependant il me paraît utile de donner un léger aperçu de la question et de la poser au moins, sinon de la discuter.

Dernièrement, une communication retentissante de M. Netter à la Société de médecine des hôpitaux a appelé l'attention sur un état très singulier des métaux et notamment de l'*argent* dit colloïdal. Je ne discuterai pas les résultats aussi nombreux qu'extraordinairement remarquables signalés par l'auteur, car je ne possède pas d'éléments critiques suffisants pour le pouvoir faire, je dirai seulement que, depuis ce travail, il ne semble pas que les imitateurs aient été aussi heureux que M. Netter. D'autre part il a été démontré que le collargol et les produits semblables ne représentaient pas le moins du monde de l'argent à l'état colloïdal, mais étaient simplement des hydrates d'oxyde d'argent rendus solubles par une quantité encore assez considérable d'ammoniaque. La question est donc très loin d'être mûre.

Mais nonobstant, il est bon de retenir qu'en effet la pharmacodynamie se préoccupe des effets singuliers présentés en chimie biologique par les métaux vraiment colloïdaux.

Par action directe des bases sur les sels métalliques, mais mieux par l'étincelle électrique employée dans certaines conditions, on obtient des solutions plus ou moins colorées, parfois noires comme de l'encre, qui renferment des traces encore très sensibles d'or, de platine, de palladium, d'argent, etc. Le métal n'est jamais isolable de façon à pouvoir reprendre la propriété de se redissoudre, mais il est bien dissous dans la solution primitive, et alors il possède des propriétés absolument nouvelles qui rapprochent étrangement les solutions de métal colloïdal des oxydases organiques. Ces solutions, en effet, comme l'ont montré Bredig et ses imitateurs, sont capables d'agir comme des ferments et reproduisent exactement tous les phénomènes observés par Bourquelot et Bertrand avec les oxydases et les réductases (lesquelles d'ailleurs sous ces deux noms représentent des produits identiques, différents seulement d'action selon les corps en présence). On en est donc à supposer que les oxydases organiques n'existent pas et qu'elles sont seulement actives par le métal *à l'état actif* qu'elles contiennent.

C'est là un fait extrêmement gros de conséquence, car, étant

connu le rôle important des oxydases dans la chimie cellulaire, on peut croire que toute la thérapeutique des maladies profondes de la nutrition, ces maladies encore inconnues aujourd'hui quant à leur cause réelle, reposera peut-être un jour prochain sur l'emploi raisonné des métaux-ferments ou des corps qui les renferment. Toute l'explication de l'opothérapie peut reposer sur cette donnée et, si les suppositions que j'esquisse seulement ici se vérifient, la pharmacologie se trouvera bien simplifiée, puisqu'il suffirait alors d'utiliser judicieusement les métaux colloïdaux.

Je pose seulement la question, pour prendre date, et nous aurons certainement avant longtemps à revenir sur ce grave et passionnant problème. Qu'il me suffise de dire aujourd'hui que l'emploi de l'hémoglobine dans l'anémie, l'usage des décoctions de céréales et des extraits de plantes dans la croissance, l'usage des lécithines elles-mêmes et peut-être des glycérophosphates trouveront leur explication dans ces phénomènes; il n'en faut pas plus pour faire comprendre l'importance de ce sujet.

M. Albert Robin, en son nom et au mien, au Congrès de Madrid, vient de développer, dans une conférence qui a été fort bien accueillie, les idées que nous avons étudiées ensemble sur ce nouveau champ qui s'ouvre aux recherches des pharmacologues. Nous reproduirons prochainement le texte de ce travail intéressant.

II

Le traitement de la syphilis par les sels de mercure sous une forme utile, mais dépourvue de l'action toxique et défavorable du médicament, préoccupe toujours le médecin. On a pu lire, ici même, il y a peu de temps, toute une série de communications données par les syphiliographes, au cours d'une importante discussion qui a eu lieu à la Société de thérapeutique. Ce qui ressort nettement de ces travaux, c'est que chaque auteur considère sa méthode comme excellente, mais critique fortement celle du

voisin. Ces contradictions, pour tout esprit critique, démontrent nettement que la question est loin d'être jugée et qu'il y a encore fort à faire avant d'avoir trouvé le traitement idéal de la syphilis.

En examinant les faits, on constate qu'au point de vue de la pharmacodynamie, l'action du mercure s'effectue uniquement par le transport de traces de métal dans le sang et qu'une très faible partie des sels ingérés ou injectés joue un rôle utile; c'est ce que semblent bien démontrer les expériences de Merget, si heureusement rappelées et commentées par M. le professeur Pouchet, au début de la discussion à la Société de thérapeutique. Mais cette argumentation n'a pas été suivie par les médecins, et c'est regrettable, car on y eût, je le crois, trouvé un terrain solide de discussion.

Introduire dans l'économie la petite quantité de mercure *actif* utile, tel semble devoir être le but du praticien. Or, dans l'état de la question, devant l'infidélité des résultats et leur inconstance, il paraît logique de supposer que nous sommes très loin d'avoir résolu ce problème, car, pour avoir des effets thérapeutiques, nous sommes encore obligés de faire absorber des doses toxiques de produit et de risquer de provoquer des accidents graves.

Je ne crois pas, pour mon compte, que le progrès soit atteint par les variations de pure forme apportées aux méthodes actuelles, je crois que le point de départ doit être complètement changé. Le mercure *actif* semble ne devoir le devenir que s'il est combiné, en proportions infinitésimales à la matière organique; jusqu'à présent, cette opération ne s'est jamais effectuée que dans le sang ou dans les humeurs, et nous n'aurons fait de réel progrès que le jour où nous serons arrivés à pénétrer le mystère de cette réaction et à la réaliser au laboratoire. C'est dans cette voie et non pas dans la recherche de formules plus ou moins diverses, basées sur les anciennes conceptions, que l'on trouvera le traitement moderne et idéal de la syphilis. Naturellement, on est tenté tenté de supposer que l'on aura tout avantage, dans cette recherche, à s'inspirer des idées développées dans le premier paragraphe de cette revue.

III

Les médicaments capables d'exercer une action modificatrice réelle sur le système nerveux sont rares, et, si l'on fait abstraction des bromures, si l'on écarte les hypnotiques, dont l'action est seulement calmante et nullement modificatrice, que reste-t-il? Seulement les préparations de valériane.

Cet antique remède est bien sujet à caution, car les préparations de la plante sont fort infidèles et l'on peut dire que le valérianate d'ammoniaque échappe seul à cette règle, aussi fut-il dans ces derniers temps, et avec raison, la seule forme d'administration de la valériane. Nous avons signalé, l'an dernier je crois, un nouveau corps synthétique, le *valyl*, trouvé par un pharmacologue connu, Liebreicht, et étudié pour la première fois par Kionka, qui lui avait reconnu des propriétés véritablement intéressantes.

Partant de ce principe que la valériane est active par l'acide valérianique, étant donné d'autre part que les dérivés organiques amidés et renfermant des radicaux gras, comme produits d'addition, sont toujours plus actifs sur le système nerveux, les auteurs précités ont préparé, sous le nom de valyl, la *diéthylvalérianamide*. C'est une substance liquide, claire, à saveur épicée possédant l'odeur spéciale des produits de la valériane, assez irritante au contact des muqueuses quand elle y est appliquée sans dilution,

Nous avons fourni l'an dernier (voir *Revue critique* du 8 juillet 1902, t. CXLIV, p. 17) le résumé des essais physiologiques et des observations sur l'homme de Kionka. Cet auteur avait constaté que des doses de 0 gr. 30 à 0 gr. 40 exerçaient une action modificatrice favorable chez les malades nerveux et que le médicament avait sur les préparations déjà connues de valériane l'avantage d'une grande constance.

Depuis, Klemperer, de Berlin, et Freudenberg ont, de leur côté, fourni une étude de ce produit. Le professeur Klemperer a soigné

deux catégories de malades, d'un côté des hystériques et de l'autre des sujets présentant des troubles viscéraux d'origine névropathique et notamment des cardiaques nerveux.

Comme il fallait s'y attendre, les résultats obtenus avec la première série, c'est-à-dire les hystériques, furent fort inconstants, si des malades présentèrent une amélioration réelle de leur état, d'autres prirent sans aucun effet favorable la préparation. Par contre le professeur Klemperer fut extrêmement satisfait des effets qu'il constata chez les viscéraux névropathiques et surtout dans les cas de troubles fonctionnels du cœur (sans lésion). Les palpitations, les intermittences cédèrent à la médication, et l'auteur n'hésite pas à recommander le valyl dans toutes les manifestations de ce genre, aussi bien que dans les troubles de l'appareil respiratoire ou même digestif d'origine névropathique.

Pour Freudenberg, ce produit serait logiquement indiqué pour remplacer avec avantage les préparations de valériane surtout chez les femmes dans les multiples accidents qui dépendent des troubles nerveux et notamment dans les accidents dysménorrhéiques, ceux-ci subiraient une modification véritablement très remarquable.

J'ai pu vérifier ces observations, particulièrement celles de Freudenberg, chez un certain nombre de femmes, et j'ai pu constater personnellement que le valyl, à la dose de 0 gr. 20 à 0 gr. 30 par jour, possédait véritablement le pouvoir de modifier avantageusement et rapidement les troubles divers dus à une irritation névropathique, notamment aux périodes cataméniales et surtout dans les troubles de la ménopause. Je ferai seulement une critique, c'est sur la forme médicamenteuse. En raison de son odeur forte et désagréable et de sa saveur âcre et irritante, le valyl est donné en capsules dosées à 125 milligrammes et additionné de poids égal de spermaceti, c'est du moins la seule forme qu'il m'ait été donné d'employer. Certes on peut par ce moyen diminuer les propriétés fâcheuses du médicament, mais cette forme me semble encore imparfaite et il serait utile de trouver en pharmacie un procédé plus élégant, susceptible de supprimer

l'odeur aussi bien que la saveur et surtout capable de laisser au produit moins de nocivité sur les muqueuses. Ce serait d'autant plus facile, il me semble, que les doses sont fort peu élevées. Puisque trois capsules dosées à 125 milligrammes sont suffisantes, il serait fort simple de diviser encore plus la masse et de faire absorber la dose journalière en un plus grand nombre de capsules. D'autre part, chez les enfants l'administration des capsules est difficile et il serait bon de trouver une forme liquide acceptable.

VARIÉTÉS

Essai sur les lois qui paraissent régir l'excrétion de l'urée;

par le Dr E. MAUREL.

1° Tout l'azote urinaire provient de celui contenu dans les azotés de l'alimentation, soit que ces derniers aient été dépensés immédiatement, soit qu'ils aient été immobilisés pendant un certain temps par l'organisme pour faire partie de ses propres éléments.

2° Les dépenses en azote urinaire, au moins pour tous les vertébrés, peuvent toujours être ramenées au kilogramme d'animal.

3° D'une manière générale et pour tous les animaux, l'azote urinaire est fonction de l'azote absorbé.

4° Toutefois le rapport de l'azote absorbé et de l'azote urinaire cesse d'exister quand on fait descendre les azotés ingérés au-dessous des besoins de l'organisme. Dans ces conditions, la quantité

minime d'urée excrétée paraît être, pour l'homme de 0 gr. 16 à 0 gr. 18 par kilogramme de son poids.

5° Tout l'azote absorbé ne s'élimine pas par la voie urinaire. Une partie (pour nous en moyenne 0 gr. 10 d'azote par kilogramme) se perd par les divers mucus et par la desquamation cutanée et intestinale.

6° Dans une alimentation azotée bien réglée, la presque totalité de l'azote urinaire est excrétée à l'état d'urée. Pour nous, dans ces conditions, l'acide urique ne doit pas dépasser 0 gr. 005 par kilogramme de notre poids.

7° Dans les cas de suralimentation thérapeutique, comme on la pratique chez les tuberculeux, il est important de savoir que tout l'azote alimentaire, sauf environ 0 gr. 10 qui s'éliminent autrement, doit se trouver dans l'urine et presque en totalité à l'état d'urée.

8° Le travail musculaire paraît augmenter l'azote urinaire, même quand l'azote alimentaire ne l'est pas lui-même.

9° Dans les états fébriles, si la calorification est assurée par les hydrates de carbone ou par les corps gras, que ceux-ci proviennent des aliments ou qu'ils soient pris sur les réserves de l'organisme, la quantité d'azote urinaire se rapproche le plus souvent de celle qui correspond à l'alimentation azotée insuffisante en y ajoutant l'influence d'un repos complet.

10° Une excrétion plus considérable d'azote pendant les états fébriles et dans les conditions d'alimentation que je viens d'indiquer doit faire penser à une action spéciale des produits pathogènes sur la sérine ou les protoplasmas.

11° Le passage des diverses hydro-albumines dans l'urine, quel que soit leur degré d'hydratation, doit faire penser soit à une hydratation de la sérine ou des protoplasmas par défaut d'oxygénation, soit à un défaut de déshydratation des peptones.

12° Dans ces conditions l'azote de ces hydro-albumines doit s'ajouter à celui des composés azotés cristallisés pour établir le rapport entre les azotes absorbés et ceux excrétés, d'après les règles que je viens d'indiquer.

REVUE DES THÈSES

par Mme Durdan-Laborie.

Thérapeutique cardiaque et artérielle.

307. — *Etude médico-légale des lésions valvulaires aortiques consécutives aux contusions du thorax.*
308. — *Le cœur dans la diphtérie.*
315. — *Etude cardiographique sur le mécanisme du bruit de galop.*

Étude médico-légale des lésions valvulaires aortiques consécutives aux contusions du thorax. M. Delhommeau (*Thèse de Paris*, 1902, n° 307).

Les lésions des valvules sigmoïdiennes aortiques consécutives à un traumatisme thoracique accidentel ou criminel, sont susceptibles de provoquer une action judiciaire.

Les lésions peuvent siéger sur les trois valvules, mais la plus fréquemment atteinte est la valve postérieure ou médiane.

Les signes physiques et fonctionnels sont, d'une manière générale, les mêmes que ceux des lésions spontanées, avec cette différence que les souffles sont plus intenses.

La marche de l'insuffisance traumatique est rapide; le pronostic en est plus grave que celui des lésions spontanées, parce que le cœur, surpris par le traumatisme, n'a pas eu le temps d'effectuer son travail de compensation.

Le cœur dans la diphtérie. M. Girard (*Thèse de Paris*, 1902, n° 308).

Au nombre des plus redoutables complications de la diphtérie, se placent les complications cardiaques.

Ces troubles sont caractérisés par l'abaissement énorme de la tension artérielle, l'affaiblissement progressif des contractions cardiaques, avec pâleur de cire de la face ; vomissements intenses, parfois phénomènes douloureux et dyspnée *sine materia*.

Les lésions du cœur dans la diphtérie sont constantes, elles portent primitivement sur la fibre musculaire ; les lésions interstitielles sont secondaires et inconstantes.

Les lésions de l'appareil d'innervation du cœur sont encore mal connues, mais la physiologie nous montre l'extrême importance des troubles des centres, et des nerfs vaso-moteurs et cardiaques, dans l'intoxication diphtérique.

Étude cardiographique sur le mécanisme du bruit de galop.
M. HENRI CHAUVEAU (*Thèse de Paris*, 1902, nº 315).

Le choc de la pointe du cœur, ou plus exactement la pulsation cardiaque extérieure, est produite uniquement par la systole du ventricule.

Jamais à l'état physiologique l'oreillette n'intervient pour donner à la main qui palpe la région précordiale, une sensation de choc comparable à ce qu'on est convenu d'appeler le choc de la pointe.

La diastole du ventricule est considérée à tort comme une période de pause, de repos absolu du cœur, les tracés physiologiques nous montrent qu'il s'y produit des phénomènes actifs.

Le bruit de galop est produit par l'exagération de ces phénomènes actifs, qui, ordinairement peu entendus, s'accentuent au point de devenir sonores, et il faut absolument rejeter la théorie qui attribue le bruit de galop à une distension brusque du ventricule sclérosé au moment de sa diastole.

En résumé, le bruit de galop n'est que l'exagération d'un phénomène normal, trop faible pour être entendu ordinairement et s'accentuant sous l'influence d'une excitation quelconque des nerfs cardiaques.

Syphilis. — Dermatologie.

Étude sur la prophylaxie de la syphilis. M. RAOULT (*Thèse de Paris*, 1902, n° 209).

La prophylaxie de la syphilis ne doit pas comporter seulement la prophylaxie sociale, mais aussi médicale, familiale et individuelle. Faire des lois d'État, des règlements administratifs, une véritable organisation médicale, qui obligera tout étudiant, d'accomplir un stage d'au moins trois mois dans un service de vénériens.

S'attacher à instruire la jeunesse des dangers qu'elle peut rencontrer; montrer l'importance des soins de propreté des organes génitaux.

Favoriser les mariages précoces, et apprendre aux jeunes gens le grand rôle qu'ils sont appelés à jouer dans la procréation, pour qu'ils aient, par avance, le respect de leur descendance.

Les injections intra-veineuses de sels mercuriels dans la syphilis. M. BOUZITAT (*Thèse de Paris*, 1902, n° 449).

Ces injections ont été mises en lumière par Bacelli; la technique en est simple, si elles sont faites avec soin.

Elles sont complètement indolores, et ne produisent pas de nodosités comme les injections hypodermiques.

La solution employée est la suivante :

Cyanure de mercure....................	1 gr.
Eau distillée............................	100 »

M.

1 cc. de cette solution, répété tous les deux jours.

La durée du traitement est assez variable, suivant les cas et les doses injectées, le plus souvent 10 injections suffisent. En général ou fait de 15 à 30 injections répétées tous les jours ou tous les deux jours.

Cette méthode réussit dans tous les cas, mais particulièrement dans la syphilis oculaire, la céphalée, la syphilis du système nerveux. Enfin dans toutes les manifestations de syphilis grave.

Le massage en thérapeutique cutanée (son action physiologique, ses indications et son emploi). M. Beauchef (*Thèse de Paris*, 1902, n° 541).

Le massage a surtout un tort, c'est d'avoir de trop basses origines; il est né de l'empirisme c'est là sa tare; et l'empirisme fait tous ses efforts pour en garder la propriété exclusive.

Mais, depuis quelques années, il a conquis son rang dans la thérapeutique, et pas mal de savants luttent pour rehausser son prestige.

Le massage cutané produit des effets remarquables; on s'en servira avec avantage pour remédier aux épaississements, faciliter les résorptions dans les inflammations chroniques, œdèmes, bouffissures de la face, éléphantiasis, lichénifications, urticaires chroniques, etc.

L'acné, les séborrhées, l'anhydrose ; dans les ulcères variqueux, les prurigos, prurits, psoriasis. Dans certaines formes de pelade.

Il est contre-indiqué dans les inflammations aiguës, les dermatoses bulleuses, les dermatoses nettement parasitaires, enfin celles qui sont dues à une infection générale.

La main doit être préférée aux instruments pour ces manœuvres de massothérapie.

Contribution à l'étude de l'air sec surchauffé en dermatologie. M. DAUBAN (*Thèse de Paris*, 1902, n° 497).

De tout temps la chaleur, sous tous ses modes a été employée en thérapeutique. Hippocrate, pour ne citer que lui, chez les anciens, fut celui qui préconisa le plus cet agent physique.

Le bain local d'air sec surchauffé permet d'atteindre des températures élevées et de les supporter sans danger.

Il stimule les fonctions de la peau, suractive la circulation et la diaphorèse. Son action sur les phénomènes douloureux, le prurit en particulier, est remarquable par sa durée et sa rapidité.

Il paraît très efficace dans la dermatite herpétiforme de Duhring, la dysidrose, certaines dermatoses à la période aiguë comme l'eczéma suintant.

Adjuvant de premier ordre du mercure, il guérit les manifestations cutanées rebelles au traitement.

Les contre-indications de cette méthode sont encore à trouver.

Traitement du lupus érythémateux, en particulier par la photothérapie. M. SCHMITKO (*Thèse de Paris*, 1902, n° 350).

Dans le cas spécial de lupus érythémateux à forme aberrante, la photothérapie paraît devoir céder la première place aux autres méthodes moins compliquées et plus expéditives. Particulièrement au courant de haute fréquence.

Cette méthode jusqu'à présent, pas plus que tout autre, ne saurait assurer la guérison certaine du lupus. Les difficultés que rencontre sa guérison, proviennent plutôt de la nature même de la maladie que de la méthode employée, quelle que soit d'ailleurs cette méthode.

Notes sur quelques agents de la médication substitutive fractionnée, dans le traitement de l'eczéma. M. DELACOUR (*Thèse de Paris*, 1902, n° 596).

Tout eczémateux a un faciès gastrique; il faut donc être imbu de la nécessité d'une hygiène et d'un traitement interne dans

cette affection. Quant au traitement de l'eczéma proprement dit, il ne peut être monochrome; il répondra aux variétés et dans chacune d'elles aux indications qui découlent de l'état actuel.

Les variétés aiguës, la poussée vésiculeuse, guérissent très souvent par l'acide picrique seul à 1/100 ou 1/200.

Les formes chroniques : séborrhéides eczémateuses des plis de la peau, demandent le nitrate d'argent en badigeonnages à la dose de 1/100; et le baume du Commandeur.

Celui-ci forme un vernis qui épouse les moindres replis de l'épiderme, c'est donc par excellence le badigeonnage qui couvre bien. Lorsqu'il est mal toléré, on le coupe d'eau distillée par moitié, mais le baume pur est toléré dans la majorité des cas. Il agit seul et bien contre le prurit.

Toutes séborrhéides rouges, œdématiées, à tendance extensive de la continuité des membres, réclament des pommades fortes :

Ichtyol	5 gr.
Goudron	20 »
Vaseline	100 »

M.

En résumé, la médication substitutive fractionnée, qui substitue à une eczématisation chronique, une poussée aiguë, a donné des résultats sinon meilleurs, du moins aussi bons que continus. Cela justifie la préférence donnée au badigeonnage.

Érythèmes causés par les lavements boriqués dans la fièvre typhoïde. M. HERVIAULT (*Thèse de Paris*, 1902, n° 432).

Les intoxications causées par l'acide borique sont nombreuses, et ce médicament ne peut être conseillé comme inoffensif.

Dans la fièvre typhoïde, son administration en lavement peut donner lieu à divers accidents, en particulier à des érythèmes polymorphes. Ces accidents sont en général bénins, si leur nature est reconnue et la cause supprimée, mais ils peuvent être graves, voire mortels, si la cause en est méconnue.

Il faut donc employer l'acide borique comme antiseptique en

lavements froids, au cours de la fièvre typhoïde, mais avec prudence.

Peut-être vaut-il mieux le supprimer complètement et administrer seulement des lavements d'eau bouillie.

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Sérothérapie.

L'agent pathogène de la coqueluche et la sérothérapie de cette affection. — Le bacille de la coqueluche aurait été isolé, par M. C. Leuriaux en ensemençant sur agar les parties les plus visqueuses de l'expectoration lavées à différentes reprises à l'eau stérilisée. Ce bacille (*la Clinique*, 26 juillet 1902) se présente sous forme de bâtonnets courts, trapus, ovoïdes, à extrémités arrondies. Sa mobilité est des plus manifestes. Il est aérobie, se colore par la fuchsine phéniquée et prend le Gram. Il se développe sur les milieux de culture habituels. Sur gélatine il pousse lentement en donnant des colonies arrondies, blanc jaunâtre, légèrement transparentes. Sur agar le développement est rapide. Il pousse également bien sur pomme de terre, sur bouillon peptonisé et sur sérum. Sa forme se modifie légèrement suivant le milieu de culture. C'est ainsi que sur pommes de terre il est plus volumineux, sur sérum il est plus long et plus grêle.

La virulence de ce bacille est considérable. Son inoculation aux animaux (lapin, chien, pigeon, cobaye) donne lieu à des symptômes réactionnels intenses.

Chez le lapin, qui parait surtout très sensible, l'injection d'un demi-centimètre cube de culture en bouillon sous la peau de l'oreille détermine une irritation très vive. L'oreille devient brûlante, érysipélateuse. Quarante-huit heures après l'injection il se forme un abcès volumineux à pus épais blanc jaunâtre.

L'injection intra-veineuse amène la mort en vingt-quatre à

quarante-huit heures. L'animal devient agité, puis s'immobilise; la respiration s'accélère, puis survient la paralysie des membres postérieurs; elle s'étend ensuite aux membres antérieurs et aux muscles thoraciques, et la mort survient après une convulsion tonique. L'injection des produits de sécrétion de ce bacille provoque les mêmes symptômes.

Dans la deuxième partie de son travail, l'auteur aborbe la question de la sérothérapie de la coqueluche.

Le procédé de préparation du sérum est celui employé par Roux, pour immuniser les chevaux contre le poison diphtéritique. Il consiste à injecter des doses graduellement croissantes de bouillon filtré. Après trois à quatre mois, alors que la quantité de toxine injectée atteint un litre environ, l'on peut pratiquer la saignée d'essai. Les résultats que fournit le traitement sérothérapique sont des plus satisfaisants.

L'injection pratiquée au début de la maladie a pour résultat de diminuer la fréquence et l'intensité des crises.

Dans les cas graves ou compliqués dont le début remonte déjà à douze ou quinze jours et plus, on observe les mêmes résultats, mais la guérison est plus lente. La guérison serait complète en cinq à huit jours dans les cas traités au début. Sur soixante-six cas l'auteur n'a eu que cinq échecs.

Pour obtenir des résultats de la sérothérapie anticoquelucheuse il faut que le traitement soit institué le plus tôt possible. La quantité de sérum à injecter est de 5 cc. jusqu'à l'âge de deux ans, au delà il faut 10 cc. Ce traitement ne nécessite aucune autre médication ; l'auteur a fait cependant précéder dans quelques cas l'injection d'un vomitif léger (ipéca), qui a pour effet de désobstruer les bronches et d'éliminer les crachats déglutis. Les autres soins à donner aux malades sont simplement hygiéniques.

Quelles que soient les promesses du sérum anticoquelucheux, il convient de signaler que M. Variot, dans une communication à la *Société médicale des hôpitaux*, du 14 novembre, rapportait que ce sérum essayé par lui sur trois enfants n'avait pas paru influencer l'affection.

Maladies infectieuses.

Recherches sur la valeur de l'agglutination du bacille d'Arloing et de Courmont au point de vue du diagnostic précoce de la tuberculose. — Il n'est pas démontré, suivant MM. de Nobele et Ch. Beyer (*Annales de la Société de médecine de Gand*, 1902), que l'agglomération du bacille d'Arloing-Courmont, dans les conditions habituelles où elle se produit, aux dilutions de 1 : 10 à 1 : 20, reconnaisse pour unique cause les propriétés acquises par le sérum à la suite d'une infection tuberculeuse; elle est manifeste en effet et souvent plus prononcée chez les animaux réfractaires, à l'âge adulte, lesquels doivent être considérés comme non tuberculeux; chez des animaux réceptifs, trouvés sains à l'autopsie; chez des malades typhiques, goutteux, et chez un certain nombre de personnes valides qu'on ne peut pas *à priori* considérer toutes comme atteintes d'un processus actif de tuberculose.

L'absence de réaction ne constitue pas non plus une preuve de la non-existence de la tuberculose chez l'animal ou chez l'homme; car si la réaction fait défaut chez les nouveau-nés et chez les veaux jeunes, l'homme et les animaux, atteints de tuberculose avérée, débutante ou moyennement avancée, peuvent posséder un sérum sans action sur les cultures homogènes.

En un mot, la réaction Arloing-Courmont manque de spécificité aux solutions 1 : 10 à 1 : 20 et n'est pas constante ; à ce double titre on est autorisé à mettre en doute sa valeur pour le diagnostic précoce de la tuberculose.

FORMULAIRE

Mixture contre les douleurs d'oreilles.

On introduit dans l'oreille un tampon d'ouate imbibé de la mixture suivante :

Chloral camphré	5 gr.
Glycérine	30 »
Huile d'amande douce	10 »

On frictionne aussi avec cette mixture le pourtour de l'oreille. La douleur est soulagée comme par enchantement; et s'il y a inflammation, elle est souvent enrayée.

Contre la gale.

Glycérine		200 gr.
Soufre		100 »
Gomme adragante		2 »
Jaune d'œuf		n° 2
Essence de lavande	ââ	1 »
— de citron	ââ	1 »
— de menthe	ââ	1 »

En frictions (Bourguignon).

Potion contre l'insomnie chez les agités.

Hydrate d'amylène	7 gr.
Sirop d'écorces d'orange amère	30 »
Eau distillée	100 »

En prendre 2 cuillerées à soupe le soir.

L'hydrate d'amylène s'administre également en capsules ou en cachets d'un gramme le soir d'heure en heure. Dose maxima : 4 grammes.

Le Gérant : O. DOIN

IMP. F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE. — PARIS



Divorce pour fausses dents. — Un projet de loi oontre l'absinthe. — Une usine vivante à sérum. — Diagnostic de la cécité par le radium. — La cure de caves. — Le détatouage. — La coiffure des infirmières. — Le café de figues.

Une action en divorce vraiment peu banale a été intentée par une femme de Paterson (New-Jersey) à son mari parce que celui-ci avait non seulement détruit le dentier dont elle faisait usage, mais encore parce qu'il s'était moqué de ses fausses dents et qu'il ne lui avait pas permis d'en faire adapter d'autres. Il y avait bien là une réelle incompatibilité d'humeur et le juge n'a pas dû être embarrassé pour motiver sa décision.

°°°

La Chambre belge a voté à l'unanimité un projet de loi de M. Devigne interdisant la fabrication, le transport, la vente et le débit de l'absinthe. On n'en est pas encore là en France. Il suffirait cependant de vouloir. Mais il y a en jeu des intérêts particuliers si puissants qu'ils priment l'intérêt général et l'on continuera à laisser débiter tant et plus la néfaste liqueur verte et autres poisons du même genre.

°°°

Au laboratoire de bactériologie de la Havane, il y a un cheval qui fournit du sérum à tous les hôpitaux cubains depuis 1895.

Jusqu'à présent ce cheval a produit 74 litres de sérum sanguin, sans en avoir nullement souffert en apparence. On a calculé que cette bonne bête a permis de sauver l'existence (en sept années) de 1.800 personnes dont 1.200 enfants atteint de croup.



On sait que le radium émet des rayons analogues aux rayons X. En employant les procédés Rœntgen, c'est-à-dire en intercalant un écran opaque entre l'œil et le radium, ce dernier révèle sa présence par une lueur qui s'étend sur tout le champ visuel.

C'est de ce principe qu'on est parti pour rechercher si la lumière du radium pouvait être perçue par la rétine d'un œil atrophié. Les expériences ont donné des résultats concluants. Les aveugles dont la rétine est encore saine éprouvent, en présence du radium, la même sensation que les voyants. Les résultats n'ont été négatifs que sur les personnes dont la cécité a pour cause la destruction complète de la rétine.

Cette expérience permet, comme on le voit, de diagnostiquer sans erreur la nature des troubles qui ont provoqué la perte de la vision.

En fait de sanatorium, on connaissait jusqu'ici celui où la cure est produite par le large accès de l'air, toutes fenêtres ouvertes. Aux États-Unis, à Luray, dans l'État de Virginie, on a inventé le sanatorium où le traitement se pratique toutes fenêtres fermées. C'est que le médecin qui a pris l'initiative de cette innovation a édifié son établissement tout près d'une carrière où sont installés de puissants ventilateurs. Comme le but est de ne faire respirer aux malades que l'air provenant de caves et carrières creusées dans le calcaire, air d'une température très uniforme, remarquablement pur et dépourvu de germes nocifs ou de poussières, fenêtres et portes du sanatorium sont constamment maintenues fermées afin que l'air extérieur ne puisse jamais y pénétrer.

°°°

Il est d'observation courante que tout tatoué voudrait bien pouvoir se détatouer. L'engouement de la mode ne fait pas disparaître ce désir. On voudrait pouvoir enlever un tatouage, fait le plus souvent dans un moment d'irréflexion, comme on supprime les bagues et les pendants d'oreilles. Malheureusement, ce qui est pratiqué bien ou mal reste, et, c'est bien le cas de le dire, il faut enlever la peau pour obtenir le détatouage. Dans ce but, on badigeonne, avec une solution concentrée de tanin, la surface à traiter. On la crible ensuite de piqûres avec une aiguille à coudre de moyenne taille, et on passe par toutes les parties piquées le crayon au nitrate d'argent. Deux minutes après, il faut essuyer avec un linge sec. La peau reste parsemée de taches noirâtres formée de tannate d'argent. Panser jusqu'à la chute spontanée de la croûte; celle-ci laisse un tissu de cicatrice rougeâtre qui pâlit peu à peu. Il ne faut pas traiter à la fois une surface supérieure à celle d'une pièce de 5 francs en argent.

°°°

M. Mesureur, directeur de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris, vient de modifier la coiffure des infirmières. Les surveillantes chefs de service porteront une étoile sur le ruban du bonnet, étoile d'or pour les services de malades, d'argent pour les services généraux. Toutes les infirmières porteront en outre une cocarde aux couleurs de la Ville, rouge et bleu.

°°°

La chicorée n'a qu'à se bien tenir : la figue ne tend à rien moins qu'à la détrôner. Plus de café de chicorée, place au café de figues. C'est la lutte du Nord où se cultive la première, contre le littoral méditerranéen où prospère la seconde. Les Drs Trabut et Cazeneuve, qui ont entrepris la croisade en faveur du café de

figues, prétendent que celui-ci contient une belle proportion de sucre, agréablement édulcorant, tout indiqué pour parfaire le café au lait. 100 kilogrammes de figues sèches donneraient environ 75 kilogrammes de poudre caféiforme à un prix de revient sensiblement égal à celui de la chicorée. Il semblerait qu'il n'y a pas de raisons pour empêcher la poudre de figues de se mettre en ligne contre la chicorée : au reste, l'une ou l'autre de ces substances, vendues sous leur nom, sont encore à préférer au café de mauvaise qualité ou falsifié.

HYGIÈNE THÉRAPEUTIQUE

Considérations générales sur le régime lacté et sur le régime ordinaire chez les dyspeptiques par excitation ou hypersthéniques. — Importance de la notion de quantité dans le régime,

par M. G. Bardet.

(1re PARTIE)

Une expérience personnelle du régime lacté prolongé, une expérience non moins personnelle de l'état dyspeptique invétéré, m'ont permis de prendre sur le vif un certain nombre d'observations pratiques sur le régime lacté en particulier et sur l'alimentation des dyspeptiques en général. Ces faits m'ont peu à peu amené à modifier considérablement mes idées sur les conditions physiologiques de l'hygiène alimentaire, et ce sont ces réflexions que je veux essayer de résumer dans ce travail. Qu'on ne s'attende pas

à trouver un guide du malade pour la pratique du régime lacté, c'est un sujet trop connu pour qu'il soit besoin d'y revenir autrement que sur des points de détail. J'insisterai seulement sur quelques points particuliers relatifs à la qualité du lait, à la façon de l'administrer, et surtout je traiterai très longuement la question de dose, que je n'envisage pas du tout de la même manière que la plupart des médecins.

On ne trouvera pas non plus dans ces pages la discussion des opinions diverses, car si j'avais dû faire de l'érudition, un volume entier n'aurait pas été suffisant : or, ce travail est déjà trop long, quoiqu'il ne donne que mes opinions personnelles, assez sèchement exprimées.

On trouvera peut-être que je m'étends bien longuement sur les considérations physiologiques relatives à l'établissement de la ration nécessaire, mais justement je n'ai entrepris mon travail que pour arriver à exposer ces considérations qui représentent pour moi sa seule partie vraiment originale et intéressante. Il est certain que ces réflexions d'ordre théorique peuvent sembler assez vaguement liées à des commentaires sur le régime lacté, mais si le lecteur veut bien me suivre dans ces causeries un peu à bâtons rompus, il comprendra que je considère surtout le régime lacté comme le régime type, régime simple qui permet au médecin de se rendre facilement compte des conditions physiologiques de la nutrition : en conséquence tous mes calculs se peuvent appliquer à l'institution du régime ordinaire, et j'estime que le médecin n'a rien fait quand il a plus ou moins vaguement ordonné un régime qualitatif, son devoir serait, au contraire, d'organiser minutieusement les quantités d'aliments prises par le malade, car il faut le crier très haut : la pathogénie des maladies de l'estomac dépend bien plus de la *quantité* que de la *qualité* des ali-

ments. Un médecin qui posséderait nettement cette notion de diététique aurait certainement une grande supériorité sur le plus grand nombre de ses confrères (1).

Mais, pour être capable de raisonner sur cette délicate matière, il est nécessaire d'avoir fouillé avec soin toutes ces questions de pertes et de réparation azotée : voilà pourquoi ce travail sur le régime lacté est utile pour permettre d'aborder d'une manière succincte des questions ordinairement considérées comme théoriques et que je voudrais au contraire voir passer dans la pratique courante. On peut donc considérer les pages qui vont suivre comme une sorte d'avant-propos à un livre que j'écrirai peut-être le jour où je serai en possession d'un assez grand nombre de documents analytiques.

§ 1er. — Considérations générales.

Lorsqu'on veut mettre un malade au régime lacté absolu, la question de quantité est une des plus importantes, car du plus ou moins de succès des premiers jours de l'expérience résultera, le plus souvent, la poursuite ou l'abandon du régime; or il faut admettre que si l'on est prudent et ingénieux, on arrivera toujours à faire supporter le lait à n'importe quel malade; le tout est de savoir s'y prendre, et Albert Robin a eu raison d'affirmer qu'il n'y avait pas de sujets tolérants ou intolérants pour le lait, mais seulement des médecins capables ou non de l'administrer.

(1) J'ai résumé ces considérations à la *Société de Thérapeutique*, en novembre dernier, et la communication que j'ai faite alors a eu la chance de soulever une longue discussion qui a eu un certain retentissement, même dans le grand public. Les pages qu'on va lire sont écrites depuis près de deux années, mais le temps m'a manqué pour terminer ce travail : c'est ce qui explique pourquoi il paraît si tardivement après avoir été annoncé plusieurs fois.

Mon fait personnel en est une preuve très nette : obligé de me résigner pour longtemps au régime lacté, par suite de phénomènes dyspeptiques parvenus à un état de gravité inquiétant, j'ai dû mettre au moins une quinzaine à pouvoir arriver à la tolérance, et cependant voici déjà quatre mois que je ne vis que de lait, au moment où j'écris (1); or, si j'avais écouté ma première impression, j'aurais été amené à affirmer que ce régime n'était certainement pas accepté par mon estomac, et c'est pourtant le contraire qui est la vérité.

Règle générale, on a trop tendance à supposer qu'il faut une quantité considérable de lait pour nourrir un homme, que la caséine ne porte pas autant de profit que l'albumine de la viande ou de l'œuf, et alors on recommande au malade d'absorber au moins trois litres de lait et d'arriver rapidement à quatre litres et plus. C'est, à mon avis, une erreur qui est susceptible de décourager des malades qui se sentent presque toujours, au début, incapables d'une pareille consommation.

Quand on institue le régime lacté chez des sujets qui n'ont pas de phénomènes dyspeptiques, chez des albuminuriques ou chez des vasculaires par exemple, rien ne s'oppose à doser de suite le lait d'après la ration ordinaire du malade; mais il en est tout autrement des gastralgiques auxquels il ne peut être question de faire tolérer la ration supposée utile, mais bien seulement celle qu'ils sont capables de supporter, ce qui est fort différent.

En effet, quand on obtient d'un malade le sacrifice de son régime ordinaire, c'est qu'il se trouve dans une mauvaise situation et qu'il reconnaît pour lui la nécessité d'un régime

(1) J'écrivais ces lignes en mai 1901, à une époque où j'ai dû subir cinq mois consécutifs de régime lacté.

nouveau, dans l'espoir de ne plus souffrir; or, à cet instant, son estomac est en état d'irritabilité telle qu'il faut songer à lui rationner son alimentation au strict nécessaire, pour ne pas perdre de poids; c'est bien après que l'on pourra songer à le faire engraisser pour réparer les pertes subies.

Dans un précédent travail (*Neurasthénie d'origine dyspeptique*, Société de Thérapeutique du 10 décembre 1900), j'ai montré combien la ration alimentaire était généralement exagérée, même par les traités de physiologie, notamment en aliments azotés, et j'ai prouvé par des chiffres que l'on pouvait sans inconvénient fixer à 0 gr. 75 par kilogramme du poids d'un homme la quantité d'albumine qui est suffisante à assurer l'équilibre azoté. On admettra bien que s'il s'agit d'un dyspeptique, c'est-à-dire d'un sujet à estomac irritable, la logique force à se contenter sans hésitation de cette ration, minimum assurément, mais encore suffisante provisoirement. Si nous supposons un homme du poids de 60 kilogrammes (des dyspeptiques pèsent souvent beaucoup moins), on voit que 45 grammes d'albumine suffiront à maintenir l'équilibre, au repos bien entendu. Or, un litre de lait fournit 30 grammes d'albumine sous forme de caséine; il suffira donc d'un litre et demi pour fournir l'azote nécessaire. Il faut, en outre, songer aux hydrocarbones nécessaires pour fournir le calorique, soit encore 1.800 calories (un homme du poids de 60 kilogrammes, au repos, usant environ 2.000 calories par 24 heures et 45 grammes d'albumine en fournissant plus de 200 en brûlant dans l'économie).

Un litre et demi de lait contient 75 grammes de sucre et 60 grammes de graisse (valant juste le double des hydrocarbones), c'est donc un total de 135 grammes de substance calorigène capable de fournir environ 900 calories, ce qui

est la moitié seulement de ce que la théorie considère comme nécessaire. En conséquence, il faudrait ajouter au régime, sous forme de sucre ou de graisse, la quantité supposée indispensable.

J'ai fait ce calcul pour arriver à une conclusion imprévue, c'est que l'expérience montre que les théories sont le plus souvent en défaut. En effet, un homme de 55 kilogrammes maintenu au repos a pu rester pendant dix jours à deux litres de lait sans avoir perdu un gramme de son poids au bout de ce temps. Et cependant deux litres de lait ne contiennent qu'une quantité d'aliments correspondant à la production de 1.500 calories, comme le démontre le tableau suivant :

1 GR. FOURNIT EN CALORIES	SUBSTANCES	2 LITRES CONTIENNENT	CALORIES PRODUITES
—	—	—	—
5 c. 7	Albumine	60 gr.	342
4 c. 2	Sucre	100 »	420
9 c. 4	Beurre	80 »	752
		Total..........	1.514

Cet exemple montre bien que toutes les considérations basées sur les spéculations physiologiques pèchent par la base, car le résultat est là : un homme de 55 kilogrammes maintenu au repos, c'est-à-dire à la chambre, a pu vivre pendant dix jours avec une ration de deux litres de lait, sans que son poids ait bougé : donc les quantités de matière nutritive contenues dans ce lait, quantités correspondant à 1.500 calories au maximum, représentaient une quantité suffisante et par conséquent cet homme ne dépensait pas dans ses 24 heures plus de 1.500 calories.

Plus d'un s'étonnera d'un résultat qui, je le confesse, semble, à première vue, paradoxal. Mais un fait est un fait,

et le raisonnement ne peut rien lui opposer. Ce fait, que j'ai d'ailleurs constaté plus d'une fois, est consolant, car il prouve que l'on doit espérer nourrir très suffisamment les dyspeptiques, tout en permettant à leur estomac de se reposer.

Veut-on un autre exemple bien typique, celui-là ? Car on aurait le droit de me dire : « Vous ne pouvez pas tirer une conclusion de votre propre observation, car vous êtes un homme de bureau habitué de longue date à un régime ridiculement réduit, mais il en serait tout autrement d'un sujet voué au travail physique et par conséquent accoutumé à une nourriture plus substantielle ; celui-là, même maintenu au repos, ne pourra se contenter d'une ration aussi diminuée, ou alors vous le verrez perdre du poids. »

Eh bien, j'ai l'observation d'un ouvrier parisien, un ébéniste du faubourg, excellent ouvrier qui, non content de faire une journée de huit heures chez un patron, journée pourtant consciencieusement remplie, fait en plus, une fois rentré chez lui, deux ou trois heures de travail supplémentaire. Cet homme est un dyspeptique d'origine alcoolique heureusement arrêté avant la phase gastrite; il subit souvent des crises hypersthéniques manifestes, je le suis depuis plus de dix ans avec le plus vif intérêt, et j'ai pu constater que, plus d'une fois, il a pu se remetttre de crises violentes en suivant le régime lacté, commencé par une ration de deux litres de lait sucré à 40 grammes par litre, pendant huit à dix jours sans perdre de poids, et j'ajouterai que sa ration ordinaire ne dépasse pas une quantité d'aliments correspondant à deux litres et demi de lait sucré.

Il ne faut pas d'ailleurs s'étonner de ces faits, ils trouvent leur confirmation dans ceux qui ont été fournis par M. Maurel (de Toulouse), un observateur très sagace, dans un tra-

vail récent des *Archives de médecine navale* (1). L'auteur a prouvé que, soit en France, soit aux colonies, le Français, pour ne parler que du type étudié, se suffisait avec une ration considérablement plus faible que celle qui est ordinairement admise quand on s'en rapporte aux traités de physiologie.

En conséquence, nous voyons que l'on aurait tort d'avoir la superstition de l'inanition et que la première chose à faire, quand on veut mettre un malade au régime lacté, c'est-à-dire le contraindre à reposer son estomac, il faut le forcer à se suffire avec le minimum nécessaire en lui persuadant de se contenter d'abord d'une ration très réduite : soit deux litres de lait environ, en ayant le soin de le maintenir au repos.

Ce n'est que peu à peu, en augmentant les prises de 50 grammes à la fois, qu'on arrivera à faire prendre deux litres et demi, puis trois litres en plus. Nous verrons ensuite à quelle dose il conviendra de s'arrêter.

On s'abuse d'ailleurs largement sur la valeur calorifique d'un travail, même intense. La dépense énergétique d'*une calorie* produit 425 kilogrammètres. En conséquence, pour faire l'ascension d'une montagne de 3.000 mètres d'altitude (ce qui équivaut, à une marche d'au moins 40 kilomètres), un homme de 60 kilogrammes dépensera :

$$\frac{3.000 \times 60}{425} = 423 \text{ calories}$$

ce qui revient à dire qu'à cette énorme dépense de force, un homme suffira en ajoutant à sa ration ordinaire 125 gr.

---

(1) MAUREL, *Influence des climats et des saisons sur les dépenses de l'organisme chez l'homme* (*Archiv. de méd. navale*, 1900 et 1901, novembre et suivants).

de sucre environ. On ne saurait trop méditer cet exemple et surtout se rappeler qu'on ne produit pas la force avec de l'albumine.

§ 2. — La prise de lait.

Cette question de quantité primordiale étant réglée, il s'agit de permettre au malade de digérer son lait, chose souvent assez difficile : en effet, le sujet commence toujours ce régime à un moment où son estomac est irrité et reste très irritable, malgré la qualité d'aliment facile à digérer que possède certainement le lait. Ce malade a de la stase pylorique, cet orifice a pris l'habitude de se mettre en état de contracture dès que l'estomac fonctionne, et cette habitude pathologique est si bien prise, qu'on a beaucoup de mal à la faire disparaître. Le malade doit donc être prévenu que ses souffrances ne vont pas être aussitôt terminées, et que malgré tout il aura besoin de tâtonner un certain temps avant de pouvoir supporter son régime, sans trop de difficulté. Il doit donc s'armer de patience.

Tout d'abord, la prise de petites quantités de lait toutes les trois heures, ce qui est la manière la plus logique d'organiser le régime, supprime la sensation de besoin en même temps que celle de plénitude, de sorte que le malade éprouve un état fort pénible de *vague à l'âme*, qui lui donne la sensation de mourir littéralement de faim ; aussi vous affirme-t-il de très bonne foi, que le régime lacté le délabre à un tel point, que jamais il ne pourra s'y habituer sans dommage. Et en effet, tout le monde sait que, pendant les premiers jours du régime, le poids des malades baisse légèrement et que la physionomie prend un caractère spécial de maigreur souffrante. Il serait parfaitement déraisonnable de céder à cette première impression, attendu que la cause de cet état

n'est réellement pas le lait lui-même, mais la manière dont il est utilisé. Tout d'abord, il n'y a, comme je le disais à l'instant, aucune raison pour que l'estomac, très atteint au moment de l'instauration du régime, supporte mieux cet aliment qu'un autre, si l'on ne prend pas certaines précautions.

Le premier soin, c'est d'exécuter à la lettre les prescriptions si minutieusement décrites par M. Albert Robin dans le chapitre consacré au traitement de la dyspepsie hypersthénique, de son grand traité des *Maladies de l'estomac*. Le lait doit être pris en six fois dans la journée, toutes les trois heures, depuis 7 heures du matin jusqu'à 10 heures du soir. Les prises doivent être extrêmement lentes, et le mieux serait de s'accoutumer à prendre une cuillerée à soupe toutes les demi-minutes. Je reconnais de bonne grâce que c'est là une mesure parfaitement insupportable, et pour mon compte personnel, je n'ai pas eu la sagesse de suivre régulièrement cette règle pourtant si sage; mais en l'avouant je n'en suis pas plus fier, car l'expérience m'a permis de constater maintes fois que ce procédé est le seul qui permette à l'estomac de supporter rapidement le régime. Dans tous les cas, un demi-litre de lait ne doit, sous aucun prétexte, être avalé en moins de dix minutes à un quart d'heure et par gorgées doucement ingurgitées.

§ 3. — Qualités du lait.

Quel lait choisir, cru ou cuit, chaud ou froid, stérilisé ou frais ? Les réponses sont très variables, car tout dépend de la manière dont tel ou tel sujet aura réagi. Dans tous les cas, je donne ici le résultat de mon expérience personnelle,

Trop souvent les opinions dérivent du goût personnel de la personne qui parle : aussi à l'opinion actuelle on pourrait

opposer celle que j'ai développée jadis, en soutenant que le lait frais était toujours à préférer. Eh bien, je dois convenir que j'avais tort. En effet, fort de cette opinion motivée et assez probable, j'ai commencé par vouloir prendre du lait frais, mais le résultat fut particulièrement malheureux. Que se serait-il passé si j'avais eu à ma disposttion du lait nouvellement trait et parfaitement pur? Je l'ignore, car habitant Paris, j'ai dû me contenter des laits importés ou des laits de vacherie : inutile de dire que j'ai successivement essayé de diverses marques et de marques certainement excellentes, l'analyse me l'a démontré. Mais nonobstant, mes digestions, pendant les dix jours d'essai furent extrêmement pénibles, et je dus constater que chaque prise était suivie de stase pylorique avec fermentation lactique extrêmement douloureuse. Malgré ma répugnance, et sur l'invitation expresse de M. A. Robin, je me résignai à me mettre au lait stérilisé, choisissant une marque dont la fabrication m'était particulièrement connue, de même que la provenance. L'analyse me démontra que je pouvais régulièrement me fier à la constance de la composition, chose fort importante quand il s'agit d'un régime unique et limité à un seul aliment, condition que je ne trouvais pas avec les laits frais, tous assez irréguliers dans leur composition.

Du premier jour, la consommation du lait stérilisé fut suivie de digestions normales, et ce n'est que rarement et toujours à la suite d'accrocs de cause connue et indépendante du lait que je fus tourmenté par des crises de fermentation. Pourquoi ce phénomène? pourquoi le lait stérilisé offre-t-il cette supériorité sur le lait frais? Peut-être y a-t-il une question de préservateurs? car on sait qu'aujourd'hui un trop grand nombre de producteurs utilisent des substances chimiques pour empêcher le lait de tourner et

notamment le formol qui est actif à des doses qui défient l'analyse la plus délicate : or le formol est un corps susceptible de transformer notablement les corps albuminoïdes et nous avons parfaitement le droit de supposer que ces altérations sont capables d'influencer défavorablement la digestion du lait. Quoi qu'il en soit, j'estime que le lait stérilisé a, dans le régime lacté pratiqué dans les villes, une véritable supériorité sur le lait frais.

Le choix du lait stérilisé force presque le malade à consommer son lait chaud, car le liquide ainsi préparé possède un goût spécial de cuit qui ne permet pas à tout le monde de le consommer froid; cependant, je dois avouer que j'ai vu des personnes qui préféraient consommer leur lait froid, même quand ils faisaient usage d'un lait bouilli ou stérilisé. Je crois qu'à ce point de vue, il ne faut point avoir de parti pris d'avance et qu'il est au contraire nécessaire de suivre la disposition personnelle du sujet : tel estomac supportera mieux le lait froid; tel autre, tiède et d'autres encore le supporteront mieux s'il est chaud et sucré. A ce point de vue, on observe des différences très particulières et parfois déconcertantes. On trouve des gens qui sont fortement irrités par du lait très sucré, tandis que d'autres ne trouvent que ce moyen d'éviter les fermentations anormales. Pour mon cas personnel, j'ai reconnu, après deux mois d'expérience, que le moyen qui me convenait le mieux était de prendre le lait à 40° additionné de 60 à 70 grammes de sucre par litre (1).

Je crois que cette addition de sucre, quand elle est bien

(1) Ce procédé a pour premier avantage de constituer un liquide représentant par litre exactement 1.000 calories, ce qui facilite singulièrement le dosage.

supportée, a des avantages sérieux au point de vue alimentaire. Le lait, en effet, est un aliment préparé par la nature pour les jeunes, c'est-à-dire pour des êtres qui grandissent : aussi contient-il une proportion de substance albuminoïde exagérée, par rapport aux autres matériaux alimentaires. En ajoutant 50 0/00 de sucre, on arrive à faire absorber 100 à 150 grammes de sucre, suivant que le sujet consomme 2 ou 3 litres de liquide, et on peut ainsi assurer l'alimentation sans exagérer la quantité d'albumine nécessaire. Mais nous reviendrons sur cette importante question en traitant de la ration alimentaire. (*A suivre.*)

CONGRÈS DE BIARRITZ

Des effets du climat marin et des bains de mer sur les phénomènes intimes de la nutrition (1);

par MM. ALBERT ROBIN et M. BINET.

---

§ 1er. — Le climat marin.

I. — SES ÉLÉMENTS CONSTITUTIFS ET LEUR ACTION INDIVIDUELLE SUR LES ÉCHANGES ORGANIQUES

1° Le climat marin présente les caractéristiques suivantes :

a) L'air est à son maximum de densité et la *pression barométrique* est la plus élevée possible;

---

(1) Nous donnons seulement ici les conclusions du volumineux rapport présenté par MM. ALBERT ROBIN et M. BINET au Congrès de Biarritz.

b) Les *micro-organismes* sont plus rares ;

c) La *température* ambiante est plus uniforme ;

d) Les *vents* sont plus fréquents et plus violents :

e) La *lumière* est plus intense et a des caractères spéciaux ;

f) L'air paraît plus chargé en *ozone ;*

g) L'air contient davantage de *vapeur d'eau*. Les pluies sont plus fréquentes;

h) Dans la zone limitrophe à la mer, l'air se charge, surtout par les mauvais temps, d'eau pulvérisée contenant des *chlorures*, des *bromures* et des *iodures* alcalins.

2° *a*) L'augmentation de la *pression barométrique* et la plus grande richesse en oxygène ne semblent pas avoir une grande action sur les échanges nutritifs, car la plupart des baigneurs sont habitués à une pression qui en diffère peu et parce qu'une quantité d'oxygène supplémentaire double de celle que contient l'air atmosphérique ne fait pas varier le chimisme respiratoire.

b) La raréfaction des *germes* et des poussières inorganiques dans l'air marin constitue un grand avantage, mais nous ne connaissons pas l'influence de cette condition sur les échanges organiques.

c) La *stabilité thermique* est certainement sédative; mais les vents possèdent, parmi leurs autres effets, celui d'activer l'évaporation à la surface de la peau et de causer une réfrigération qui accroît les échanges organiques.

d) La *lumière,* sur le bord de la mer, est plus vive et possède des propriétés spéciales, puisqu'elle est privée d'une partie des rayons caloriques et qu'elle est plus riche en rayons chimiques et lumineux.

La lumière, en général, et particulièrement celle qui jouit de ces propriétés, est essentiellement stimulante des échanges organiques.

e) Nous ne connaissons pas l'influence de l'*état hygrométrique* de l'air ; nous savons seulement que l'air très chaud et saturé de vapeur d'eau augmente les échanges et que l'air très chaud et sec agit dans le même sens.

f) L'*ozone* et les éléments de l'eau de mer en suspension dans l'air sont *probablement* excitants. Nous n'avons pas de données expérimentales personnelles au sujet de leur action.

II. — Son action générale sur les échanges organiques.

1° Le climat marin est donc constitué par des éléments dont la plupart sont excitants. Ce sont les vents, la lumière, l'agitation de la mer et peut-être l'ozone et les substances salines en suspension dans l'air.

L'action de ces éléments peut être atténuée dans une certaine mesure par des conditions topographiques mettant à l'abri des vents et réalisant de moins grandes variations de température.

2° Le climat marin augmente l'*appétit*, diminue d'abord, puis augmente le *poids du corps*. Sous son influence, le *cœur*, la *respiration* se ralentissent. La *perspiration cutanée* et la *diurèse* augmenteraient, la *puissance musculaire* s'accroît, le nombre des *hématies* augmente.

3° D'après les auteurs, la production d'acide carbonique et la consommation d'oxygène s'élèveraient au bord de la mer. L'urée s'accroîtrait, mais l'acide urique diminuerait. Pour l'acide phosphorique, il n'y a pas accord : pour les uns, il augmente; pour les autres, il diminue L'acide sulfurique et les chlorures ne varieraient pas sensiblement.

4° Nos recherches personnelles nous ont permis de reconnaître qu'il n'y avait rien d'absolu dans l'action prolongée du climat marin chez les individus sains.

Il est stimulant des *échanges organiques* dans les deux tiers des cas seulement. Mais, probablement aussi, les premiers effets stimulants s'atténuent-ils par l'acclimatement.

En tout cas, les modifications nutritives suivantes se dégagent nettement de nos expériences :

a) Les *échanges généraux* augmentent en bloc, et cette augmentation porte, pour une forte part, sur les *échanges azotés ;*

b) La *déminéralisation totale* diminue, ainsi que la quantité de

matière inorganique nécessaire pour la mobilisation de l'azote organique. Cette diminution porte surtout sur la déminéralisation des protoplasmas;

c) L'évolution des *matières ternaires* est plus satisfaisante;

d) L'*acide urique* diminue;

e) L'utilisation du *phosphore* alimentaire est meilleure;

f) L'accroissement du rapport de l'acide phosphorique lié aux terres à l'acide phosphorique total semble indiquer des échanges plus actifs dans les *systèmes nerveux et osseux*;

g) La *solubilisation de l'acide urique* est améliorée;

h) La *consommation des matières albuminoïdes* augmente très notablement et dépend, non d'une plus grande usure organique, mais bien d'une meilleure assimilation de ces principes.

5° Le climat marin est donc indiqué toutes les fois qu'on rencontrera des troubles de la nutrition en sens inverse des activités précédentes, d'où des applications thérapeutiques nouvelles du climat et une plus grande précision dans la fixation de ces indications.

6° Quand le climat marin détermine une stimulation des échanges organiques, celle-ci *semble* persister et tendre même à s'accentuer après le retour.

7° Chez deux sujets sains, il n'y a pas eu d'accélération sensible des *échanges respiratoires*, soit après le séjour au littoral méditerranéen, soit après un voyage en mer; toutefois, les divers éléments de ces échanges et surtout la ventilation pulmonaire présentèrent une tendance à l'augmentation.

8° Donc, si l'on considère que les échanges respiratoires, si peu augmentés qu'ils soient, évoluent dans le même sens que les échanges généraux, il est permis de conclure que le climat marin convient aux sujets dont la nutrition est languissante, mais qu'il est contre-indiqué — sauf réserves pour les cas particuliers — quand l'analyse révélera une suractivité de la nutrition.

9° *L'acclimatement* peut avoir comme résultat de modérer l'action du climat marin et d'opérer le réglage et l'équilibre des

onctions d'assimilation et de désassimilation. Ces dernières cèdent parfois le pas aux premières, ainsi que l'indique l'augmentation fréquente du poids du corps. C'est là un élément correctif qui demande de nouvelles recherches, afin d'en pouvoir tenir compte dans l'appréciation des effets définitifs du climat marin.

§ 2. — Les bains de mer.

I. — Leur action sur la température et la circulation.

1° Le bain de mer fait baisser momentanément la *température* du corps, augmentant en même temps la température centrale, à condition qu'il soit court. S'il se prolonge, la température centrale elle-même s'abaisse.

2° La *pression sanguine* diminue aussitôt après le bain, pendant que le pouls s'accélère.

3° On a constaté quelquefois un peu d'*albumine* dans l'urine après le bain de mer.

4° Les bains de mer ont des effets actifs sur les *échanges généraux* qu'ils accroissent très sensiblement. Ils augmentent l'urée et l'acidité urinaire.

5° Ils accroissent aussi les *échanges respiratoires* d'après Rohrig et Zuntz.

6° Des expériences personnelles faites avec des bains d'eau de mer artificielle, ont prouvé que le bain de mer artificiel de 30 à 33° et de cinq à dix minutes, accompagné de frictions et ne produisant pas une vive sensation de réfrigération, était sédatif des *échanges respiratoires* et du *pouls*, et qu'il n'intéressait pas la *tension capillaire* sanguine. Si, au contraire, le bain détermine une sensation plus ou moins intense et prolongée de réfrigération, le résultat est exactement inverse : il y a stimulation de la ventilation pulmonaire, des échanges respiratoires, du pouls et abaissement de la tension capillaire sanguine.

7° Il est donc permis d'admettre avec toute vraisemblance que

l'action stimulante des bains de mer sur les échanges respiratoires reconnait, comme son plus important facteur, la brusque et plus ou moins durable sensation de refroidissement que ces bains déterminent.

8° Si l'on atténue cette sensation, soit par un exercice actif pris avant le bain, soit par le réchauffement de l'eau de mer, soit par tout autre procédé, il est *probable* que l'on doit parvenir à modérer tout au moins l'accélération des échanges produite par les bains, ce qui ouvrirait de nouvelles indications à la médication marine, puisque cela permettrait peut-être de l'appliquer à des sujets dont les échanges sont dans le sens de l'exagération.

II. — Du mode général d'action des bains de mer.

1° Le bain de mer agit dans le même sens que l'hydrothérapie froide, par la soustraction du calorique et par une excitation nerveuse qui retentit sur tous les appareils.

2° Les *agents de la stimulation* sont : la température du bain (16 à 27° suivant les mers), sa minéralisation, les mouvements du baigneur et l'agitation de la mer qui opère une sorte de massage du corps et le refroidit en se renouvelant constamment à sa surface.

3° Le *refroidissement de la surface cutanée* est un énergique stimulant des échanges : nos recherches personnelles prouvent qu'il augmente les échanges généraux et respiratoires.

4° L'influence excitatrice de la *minéralisation* est démontrée par l'accélération des échanges respiratoires et généraux, action qui s'accroit avec le degré de concentration du bain salin.

5° Cependant, le bain de mer est plus actif que le bain salin ordinaire de minéralisation égale, parce qu'il possède les autres éléments de stimulation dont il a été question plus haut.

6° Il est fort peu probable qu'il y ait absorption par la peau des sels contenus dans l'eau de mer, et que, par conséquent, ce phénomène prenne une part quelconque à l'activité des bains. Tout en admettant que des courants électriques s'établissent entre le corps humain et l'eau de mer et que ces courants favorisent l'absorption (Labatut), la durée du bain est généralement trop

courte pour que cet effet puisse se manifester d'une manière sensible.

7° Il nous semble plus exact d'admettre que les divers éléments de l'activité du bain de mer stimulent les extrémités des nerfs périphériques et la vaste surface nerveuse de la peau, et que cette excitation est transmise, par voie centripète, aux centres nerveux régulateurs de la nutrition élémentaire.

§ 3. — Indications thérapeutiques et Contre-indications du séjour au bord de la mer.

I. — INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DU CLIMAT MARIN.

A. *Indications et contre-indications générales.* — 1° Le climat marin stimulant des échanges généraux et respiratoires réclame les sujets dont les échanges sont en baisse. Ils doivent être interdits en principe dans tous les états morbides qui s'accompagnent de désassimilation ou d'oxydations exagérées.

Cette règle comporte des exceptions.

2° Si l'insuffisance des échanges organiques relève d'actes désassimilateurs ou oxydants antérieurement trop énergiques, en d'autres termes, si elle est la conséquence d'une usure exagérée, le climat marin ne convient pas, car il ne ferait que continuer la déchéance, à moins que des influences latérales ou une particulière topographie de la station choisie n'interviennent comme agents d'épargne.

3° Comme la stimulation par le climat marin ne s'établit pas chez tous les sujets, qu'elle peut, dans d'autres cas, se régler par l'acclimatement et que certaines stations paraissent nettement sédatives par leur topographie, le séjour au littoral peut convenir à des malades d'échanges exagérés, et, de fait, nos recherches montrent que des sujets à échanges augmentés ont vu ceux-ci s'atténuer après une cure d'air marin.

B. *Indications et contre-indications spéciales.* — 1° Le séjour au littoral — uniquement considéré au point de vue de ses effets

sur les échanges organiques — sera donc réservé aux *anémiques à échanges ralentis*, aux *lymphatiques*, aux *scrofuleux*, à *certains neurasthéniques* à nutrition affaiblie, et à tous les individus dont il est nécessaire d'accroître les échanges, quelle que soit d'ailleurs l'affection dont ils sont atteints.

2° Il convient aux *rachitiques* et à nombre d'*affections osseuses*, puisqu'il amoindrit la désassimilation minérale et celle des tissus riches en phosphore, et qu'il aide à leur reconstitution par voie d'épargne.

3° En principe, les *tuberculeux pulmonaires* seront écartés du littoral, puisque la majeure partie d'entre eux ont des échanges suractifs. Mais cette formule laisse en dehors d'elle un certain nombre de phtisiques qu'il importe de caractériser :

a) D'abord, 8 p. 100 des phtisiques ont des échanges normaux ou ralentis : ceux-là pourront bénéficier du climat marin ;

b) Puis, les phtisiques qui, tout en ayant des échanges exagérés, mangent, digèrent et assimilent mal, de sorte que l'oxygène consommé en excès s'épuise sur leur propre substance. Chez ceux-là, une stimulation temporaire des fonctions assimilatrices dérivera sur les aliments intégrés une partie de l'oxygène qui consume les tissus. La cure marine, dans ces cas, sera de très courte durée.

Quelques phtisiques, à échanges modérément accrus, bénéficieront de certains climats marins, si leur état général est bon, et si leurs lésions pulmonaires, même avancées, évoluent déjà vers la cicatrisation, soit spontanément, soit sous l'influence du traitement modérateur dont nous avons établi les bases et fixé les agents.

d) On les dirigera sur les stations à climat doux et uniforme, abritées contre les vents et l'ardeur du soleil. On leur interdira la zone la plus rapprochée de la mer, et on leur recommandera d'éviter les refroidissements qu'occasionnent les vents et la chute du jour, ainsi que la surexcitation nutritive développée par une luminosité trop éclatante.

e) Dans tous les cas, sans exception, il sera nécessaire d'exa-

miner les *échanges généraux et respiratoires* des malades et d'en suivre les variations pendant le séjour, de façon à interrompre celui-ci si les échanges venaient à s'accentuer.

3° Les conclusions qui précèdent sont applicables aux *prédisposés* à la tuberculose.

4° Dans les *tuberculoses osseuses et ganglionnaires*, dont les échanges sont généralement moins élevés que ceux des tuberculeux pulmonaires, les avantages du climat marin sont sanctionnés par une observation devenue classique.

5° Il est même des cas de tuberculose ganglionnaire à échanges respiratoires augmentés, qui s'améliorent le plus souvent, au bord de la mer, en même temps que leurs échanges diminuent.

II. — Indications et contre-indications des bains de mer.

1° Les bains de mer dont les effets stimulants sur les échanges organiques sont supérieurs encore à ceux du climat marin sont *indiqués* dans tous les cas où il y a lieu de stimuler ces échanges, et *contre-indiqués* chez les malades à échanges exagérés, quand l'exagération porte sur la désassimilation.

2° Mais comme les bains de mer ne comportent pas les éléments d'atténuation du climat, que l'état de la mer et les conditions dans lesquelles on les prend ne peuvent pas changer le sens de leur activité, ils sont contre-indiqués chez les *phtisiques*.

3° Ils conviennent aux *rachitiques*, aux *lymphatiques*, aux *scrofuleux*, aux *tuberculoses osseuses et ganglionnaires*, à la condition formelle que les échanges généraux et respiratoires ne révèlent pas une destruction organique plus active que la réparation.

4° La connaissance de l'action des bains de mer sur les échanges organiques élargit le cercle de leur application, en même temps qu'elle les rend plus précises ; c'est ainsi qu'ils sont indiqués :

a) Chez les *anémiques et chlorotiques* dont les échanges et surtout les oxydations sont diminuées (*anémies par défaut*) et dans le groupe des *anémies plasmatiques* (Albert Robin). Mais ils sont

contre-indiqués dans les anémies où les actes chimiques de la vie élémentaire sont augmentés (*anémies par excès*);

b) Chez les *obèses dits par ce défaut*, c'est-à-dire présentant des échanges réduits et un coefficient d'oxydation azotée abaissé. Ils sont *contre-indiqués* chez les *obèses par excès*, dont les échanges sont en hausse;

c) Chez les prédisposés à la *goutte*, dont ils relèveront l'activité nutritive, stimuleront les oxydations et tonifieront le système nerveux régulateur des échanges. Dans ces cas, on aidera l'action du bain par une alimentation et une hygiène appropriées aux troubles de la nutrition antérieurs aux manifestations locales de la diathèse;

d) Dans les *auto-intoxications chroniques* d'origine gastro-intestinale ou consécutives aux divers modes de surmenage : la plus grande activité des oxydations étant l'un des meilleurs moyens de rendre les toxines plus facilement éliminables, en les solubilisant;

e) Dans le groupe des *dyspepsies hyposthéniques*, dont le syndrome nutritif répond exactement à l'activité du bain de mer et du climat marin ;

f) Chez les *neurasthéniques phosphaturiques* et dans les *troubles nerveux consécutifs aux maladies fébriles*, ainsi que dans tous les cas où il faut restaurer le système nerveux en faisant pencher la balance du côté de l'assimilation;

g) Chez certains *diabétiques*, quand la nutrition fléchit, quand les échanges azotés et le coefficient d'oxydation azotée diminuent, quand le rapport de l'acide phosphorique total à l'azote total tend à s'élever, à la condition que les échanges respiratoires ne soient pas en hausse.

5° En résumé, la connaissance de l'action exercée par les bains de mer et le climat marin sur les échanges organiques éclaire leurs effets thérapeutiques et permet de fixer avec une plus grande exactitude leurs indications et leurs contre-indications.

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Sérothérapie.

De l'injection préventive de sérum antidiphtérique chez les femmes enceintes. — Lorsque dans une famille, dit M. Roussel (*Loire médicale*, 15 septembre 1902), un enfant est atteint de diphtérie, il est nécessaire de faire une injection préventive de sérum antidiphtérique à toutes les personnes de la famille, à tous les domestiques de la maison, sans aucune considération d'âge. Les femmes enceintes ne sont pas exceptées. Elles recevront une dose de 5 cc. de sérum de Roux, soit mille unités antitoxiques. Chez celles-ci l'injection sera pratiquée, non dans le flanc, mais à la face externe de la cuisse.

Chirurgie générale.

De l'appendicectomie sous-séreuse et de quelques modifications opératoires dans la résection de l'appendice. — Il faut entendre avec M. Poncet, sous le nom d'appendicectomie sous-séreuse, l'ablation de l'appendice qui a été préalablement dépouillé de sa gaine péritonéale.

Cette opération, dit M. Vignard (*Revue de chirurgie*, 10 déc. 1901), rend facile et innocente la résection de l'appendice quand il est profondément adhérent aux anses intestinales et aux tissus voisins. Elle constitue, dans ces cas-là, un procédé de nécessité et présente tous les avantages des opérations sous-capsulaires en général.

Elle peut être employée également comme procédé de choix dans la résection de l'appendice à froid et libre de toute adhérence.

Elle simplifie beaucoup le dernier temps de la résection, à savoir la péritonisation du moignon, et lui assure plus de perfection, partant plus de sécurité.

Maladies des voies respiratoires.

La bronchite adénoïdienne. — L'inflammation du nasopharynx qui existe chez les adénoïdiens peut se répandre, descendre dans les bronches, donner lieu à des bronchites bruyantes, tenaces, s'accompagner de signes d'emphysème. Parfois de véritables crises d'asthme se produisent.

Le traitement curatif consiste dans l'ablation des végétations adénoïdes. M. Méry conseille, en outre, les médications suivantes (*Revue générale de clin. et de thérap.*, 14 juin 1902).

Au début, une potion expectorante :

Sirop d'ipéca........................	10 gr.
Benzoate de soude..................	1 »
Bicarbonate de soude................	0 » 50
Sirop de polygala....................	20 »
Décoction de polygala...............	130 »

Une cuillerée toutes les heures.

On appliquera des cataplasmes sinapisés autour du thorax; on administrera des infusions chaudes.

Dans les narines sera introduit, avec l'extrémité d'une cuiller, un petit tampon de la pommade suivante, matin et soir :

Acide borique impalpable............	4 gr.
Résorcine..........................	0 » 20
Vaseline...........................	30 »

On ferme la bouche de l'enfant; celui-ci en respirant par le nez aspire la pommade.

Au lieu de pommade on pourra encore utiliser l'huile mentholée à 1 p. 100, quelques gouttes étant injectées par une seringue.

Plus tard, au lieu d'expectorants, ce sera au tour des dessiccateurs bronchiques d'entrer en scène; la terpine, aux doses de 25 à 50 centigrammes, rendra des services.

Dans la période de convalescence, on prescrira le miel soufré :

Miel.................................	80 gr.
Fleur de soufre......................	10 gr.

1 à 2 cuillerées à café le matin.

Les périodes intercalaires aux poussées bronchitiques seront remplies par la prescription du sirop iodo-tannique.

Maladies du cœur et des vaisseaux.

Traitement des anévrismes de la crosse de l'aorte. — La double ligature simultanée de la carotide primitive et de la sous-clavière droite est, pour M. Guinard (*la Presse médicale*, 7 mars 1902), une opération simple et innocente. De plus, elle donne des résultats aussi favorables qu'on peut les attendre de la chirurgie dans une maladie des parois artérielles. Enfin elle s'applique indifféremment à tous les anévrismes de la base du cou (sauf ceux bien rares de la sous-clavière et de la carotide gauche), ce qui est fort appréciable puisque le diagnostic exact du siège est presque toujours impossible.

Il suffit d'énoncer ces conclusions, continue M. Guinard, pour faire rejeter l'extirpation proposée par M. Tuffier, puisque l'extirpation est, au contraire, une opération laborieuse et périlleuse entre toutes et ne peut s'appliquer qu'à des anévrismes si choisis qu'on se demande s'il en existe de pareils.

Maladies du tube digestif et de ses annexes.

Evolution et mode de guérison des ascites cirrhotiques. — Etant donné un cirrhotique avec ascite, on peut assez souvent espérer la résorption de l'épanchement surtout, mais non exclusivement, d'après M. Chauffard (*la Semaine médicale*, 28 mai 1902), quand le foie est hypertrophié. Cette résorption ne peut être obtenue que si, au processus de *rétention hydrique*, se substitue spontanément ou par voie thérapeutique une *hyperélimination hydrique*, et le rein ou l'intestin sont les deux organes auxquels il faut s'adresser, dans ce but, au rein d'abord; car depuis longtemps M. Bouchard a démontré la supériorité clinique et chimique de l'émonction rénale sur l'émonction intestinale. Mais si l'on échoue, si le rein reste en perméabilité médiocre ou insuffisante, l'autre voie doit être tentée, et tel cirrhotique guérit par les purgations réitérées qui n'avait pu répondre aux sollicitations

de la médication diurétique. Dans les deux cas, les moyens diffèrent, mais le but physiologique visé reste le même, et c'est celui-ci qu'il importe de ne pas perdre de vue. Etudier la physiologie des actes morbides restera toujours la meilleure des méthodes directrices pour le thérapeute et le clinicien.

Gynécologie et obstétrique.

Du diagnostic de la maladie kystique du sein. — On sait, dit M. Begouin (*Journal de médecine de Bordeaux*, 19 octobre 1902), que la maladie kystique de la mamelle, « la maladie de Reclus » comme on l'appelle encore, est due à la dilatation et à la transformation kystique d'un nombre plus ou moins grand, mais toujours considérable, d'acini de la glande mammaire.

Les kystes ainsi formés se développent ordinairement dans les deux mamelles à la fois. Ils peuvent rester tous très petits, presque inappréciables cliniquement, ayant à peine le volume d'un grain de blé ou d'un pois; mais au bout d'un temps variable, soit que plusieurs petits kystes se réunissent pour former une plaque, un cordon ou une masse plus ou moins irrégulière, soit que quelques-uns d'entre eux arrivent isolément à acquérir le volume d'une noix ou d'un œuf, l'affection finit par attirer l'attention des malades qui viennent alors consulter leur médecin. C'est presque toujours avec le fibrome ou le cancer que l'on confond la maladie kystique. Dans le premier cas, l'erreur est sans importance, l'ablation simple convenant à la tumeur kystique comme à la tumeur fibreuse. Mais il en va tout autrement quand on prend une maladie de Reclus pour un cancer; se tromper alors, c'est amputer de leur sein, et quelquefois des deux, la maladie étant souvent bilatérale, des femmes quelquefois encore jeunes et qu'une opération insignifiante eût guéries sans cicatrice appréciable.

Quand autour d'une tumeur principale qui a quelques caractères d'un cancer une palpation attentive fait découvrir des nodosités nombreuses, d'un volume variable, disséminées dans les deux seins, on a de grandes chances d'être en face d'un cas de maladie

kystique de Reclus; mais avant de pouvoir affirmer ce diagnostic, il faut faire une ponction exploratrice dans la tumeur principale et au besoin dans une ou deux de ces nodosités. S'il survient un liquide visqueux, brun verdâtre ou plus ou moins citron, le diagnostic de maladie kystique est confirmé.

Si la ponction reste blanche, il ne faut plus songer à une maladie de Reclus; on se trouve en face d'adénofibromes multiples de la mammite chronique, ou de cancer à multiples noyaux. Entre ces diverses affections, le diagnostic ne pourra pas toujours être affirmé. Aussi, quand on aura de grandes raisons de penser à un cancer, sera-t-il toujours prudent, avant d'enlever le sein, de *commencer l'opération par une incision exploratrice*, faite en pleine tumeur, qui permettra, d'après l'aspect de la coupe, de juger de l'exactitude du diagnostic.

En somme, dans toute tumeur de la mamelle que l'on serait tenté de prendre pour un cancer, bien que ce diagnostic ne soit pas évident, il faut examiner de parti pris la portion de la glande restée saine en apparence, et aussi la glande du côté opposé. Si l'on y trouve des nodosités disséminées, même à peine appréciables, il faut songer à la maladie de Reclus, et pour l'éliminer ou en confirmer le diagnostic, l'obligation s'impose de pratiquer une ponction exploratrice avant de décider l'intervention. S'il restait encore un doute, une incision exploratrice serait pratiquée avant l'ablation du sein.

Ces précautions préopératoires permettront de constater qu'un certain nombre de cancers ne sont que des maladies kystiques, et feront éviter ainsi d'inutiles mutilations.

Maladies de la peau.

Emploi du sucre dans le traitement local des dermatoses humides. — Dans les cas d'eczéma humide, d'impétigo, d'ecthyma, de sycosis sous-nasal et dans d'autres dermatoses vésiculeuses ou pustuleuses, M. Hedara (de Constantinople) obtient des résultats particulièrement favorables par des applications d'une pâte à

l'oxyde de zinc et au soufre, additionnée de sucre, dont voici la formule :

Lanoline............................	âã 20 gr.
Vaseline............................	
Sucre en poudre....................	
Glycérine..........................	âã 10 gr.
Soufre	

Dans le sycosis sous-nasal, cette pâte est appliquée, jour et nuit, en couche épaisse sur les parties atteintes de la lèvre supérieure et de la barbe. En outre, on pratique des badigeonnages répétés de la muqueuse nasale avec une solution de nitrate d'argent dont le titre est porté progressivement de 1 à 4 p. 100. Le sycosis une fois entré en voie de guérison, on n'applique plus la pâte que le soir. Quant aux badigeonnages avec le nitrate d'argent, on les continue pendant quelque temps après la disparition complète du sycosis, afin d'éviter une récidive.

Grâce à ce traitement, M. Hedara a pu guérir, sans épilation, huit cas de sycosis chronique.

Enfin, dans deux cas d'eczéma séborrhéique généralisé psoriasiforme, il s'est bien trouvé de l'usage de la pommade ci-dessous formulée :

Lanoline........................	âã 30 gr.
Vaseline............................	
Sucre en poudre........................	20 »
Glycérine............................	âã 10 »
Soufre..............................	
Chrysarobine........................	1 à 2 »

FORMULAIRE

Pommades et vernis dermatothérapiques ayant la couleur de la peau (M. H. Rausch).

Argile rouge	0 gr. 03
Glycérine	VI gouttes.
Pommade à l'oxyde de zinc	10 gr.

Mêlez. — Usage externe.

Argile rouge	0 gr. 24
Glycérine	XX gouttes.
Solution d'éosine rouge à 2 p. 1000.	VIII »
Pâte à l'oxyde de zinc	40 gr.

Mêlez. — Usage externe.

Ichtyol	0 gr. 40 à 1 gr. 60
Pâte à l'oxyde de zinc	40 »
Solution d'éosine rouge à 2 p. 1000	XXIV à XL gouttes.

Mêlez. — Usage externe.

Argile rouge		0 gr. 03
Solution d'éosine rouge à 2 p. 1000		3 » 50
Eau distillée	50 gr.	à 55 »
Gélatine	12 » 50	à 15 gr.
Glycérine	10 »	à 12 » 50
Oxyde de zinc	20 »	à 25 »

Mêlez. — Usage externe.

Avec la formule ci-dessus on obtient un vernis plus dur ou plus mou suivant qu'on augmente ou qu'on diminue la quantité de gélatine et d'oxyde de zinc d'une part, et celle d'eau et de glycérine, d'autre part.

Argile rouge	0 gr. 02
Solution d'éosine rouge à 2 p. 1000	II gouttes.
Oxyde de zinc	0 gr. 40
Glycérine	3 »
Gélatine	20 »

Mêlez. — Usage externe.

Ce vernis à la gélatine a donné à M. le Dr Rausch (d'Essen-sur-la-Ruhr) des résultats particulièrement favorables dans le traitement de la séborrhée sèche de la face.

Le Gérant : O. DOIN

IMP. F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE. — PARIS-6e



Inauguration du nouvel établissement de Vichy. — La parole est aux chauffeurs. — Défense de cracher. — Les médecins pendant la peste de Marseille. — Contre le baiser. — Sérothérapie de la pleurésie. — L'hygiène dans les salons de coiffure.

Dimanche 30 mai, au moment où ce numéro sera distribué, aura lieu l'inauguration du nouvel établissement thermal de Vichy, fête dont le ministre des travaux publics a bien voulu accepter la présidence, indiquant par cela même l'importance de cet événement. Un grand nombre de professeurs de toutes les villes de France et tous les présidents des sociétés savantes ont accepté l'invitation qui leur a été faite par la Société médicale de Vichy et par la Compagnie directrice de notre grand établissement thermal. C'est qu'il s'agit là, en effet, d'un événement considérable, car le magnifique palais des eaux de Vichy ouvre une ère nouvelle dans l'utilisation des richesses minérales de la France. Nous avons déjà, l'an dernier, et par anticipation, décrit les améliorations qui font, à l'heure présente, de Vichy la première ville balnéaire du monde entier. Nous ne reviendrons donc pas sur ce sujet, mais nous sommes heureux que la grande importance donnée par tout le monde officiel et médical français à cette inauguration démontre que nous n'avions pas exagéré

la valeur du grand effort qui a été accompli, effort qui, nous le savons, sera rapidement suivi par toutes les villes d'eaux, pour le plus grand bien de l'industrie thermale de notre domaine minéral. Les directeurs de Vichy ont bien mérité les félicitations qui leur arrivent de partout.

°°°

On a récemment rappelé que E. Georges, en 1864, communiqua à l'Académie des sciences que les éthers de pétrole, entre autres actions sur l'organisme humain, en ont une particulière sur le sens génésique que, dans certaines circonstances, elles tempèrent singulièrement. Or, les éthers et les essences de pétrole constituent les hydrocarbures utilisés pour les moteurs d'automobiles. Diable! voilà de quoi faire réfléchir. L'automobilisme s'ajouterait-il, lui ausi, aux causes qui favorisent la dépopulation?

°°°

Le comte Paul Tissenhausen, secrétaire du consulat de Russie à New-York, lit-on dans le *Petit Journal*, vient d'y être victime de la loi qui défend, par hygiène, de cracher à terre dans les locaux publics. Traduit devant un tribunal de police pour avoir craché sur le parquet d'une gare new-yorkaise, il a été condamné à une amende d'un dollar. Si une telle mesure était appliquée en France dans toute sa rigueur, le produit des condamnations suffirait à couvrir rapidement le déficit du budget.

°°°

Il paraît que, pendant la peste de Marseille, on fut obligé de taxer les visites des médecins professeurs. A cette époque, d'après Alezan (*Bull. Soc. fr. Hist. méd.*, 1902), les professeurs de la ville avaient exigé, pour leurs visites aux malades, une rétribution de 1.000 livres par mois se basant sur ce que les médecins des infirmeries touchaient 1.200 livres. De là grand émoi dans le monde

officiel. Le procureur du roi intervient, la chambre des vacations s'en occupe si bien que « sous peine d'être indignes d'exercer à l'avenir la médecine et d'être condamnés à l'amende », il est enjoint aux professeurs de visiter tous les malades, tant ceux des villes que des faubourgs, le salaire ordinaire leur étant alloué pour leur peine. Celui-ci était de 5 francs par visite pour les médecins et de 4 francs pour les chirurgiens, en temps de peste, bien entendu; car le prix des visites médicales habituelles était bien inférieur : un quart d'écu blanc pour les médecins.

°°°

Un membre du parlement de Virginie, M. Ware, a soumis à la Chambre dont il fait partie, un projet de loi tendant à limiter la pratique du baiser aux citoyens doués de poumons sains et d'une santé parfaite. D'après ce projet, interdiction, sous peine d'une amende de 1 à 5 dollars, serait faite à toute personne d'en embrasser une autre, à moins que l'embrasseur ne puisse établir, par témoignage du médecin de la famille, qu'il est indemne de toute maladie infectieuse et de toute lésion pulmonaire!

Le projet de M. Ware semble vouloir restreindre l'interdiction au sexe masculin, mais il est à supposer que, dans l'esprit du « sage législateur », la prohibition s'applique aussi bien à l'embrasseuse qu'à l'embrasseur.

M'est avis qu'en fait de baisers... il ne faut pas légiférer.

°°°

L'idée de traiter le pleurétique par l'inoculation sous-cutanée du liquide extrait de sa plèvre fait son chemin, et M. Tchigayer (de Saint-Pétersbourg) aurait soigné avec succès, par ce moyen, huit cas de pleurésie primitive. Si la pleurésie est récente, il injecte 1 cc.; si elle est ancienne, 3 à 4 cc., deux à trois fois à quelques jours d'intervalle. La seringue chargée du liquide, l'aiguille est introduite sous la peau au moment où on la retire de la

plèvre. Cette injection serait suivie rapidement de polyurie et l'épanchement se résorberait en moins d'un mois, sans autre médication.



S'il est bien d'édicter de sages mesures hygiéniques, il est mieux d'en poursuivre l'exécution. Elle seule constitue le but à atteindre. On pourrait en France prendre exemple sur ce qui se fait ailleurs à ce sujet. C'est ainsi qu'à Buffalo un coiffeur, s'étant servi de la même serviette pour essuyer la figure de deux de ses clients, a été arrêté, reconnu coupable d'infraction aux règlements de l'hygiène et condamné à 16 francs d'amende.

HYGIÈNE THÉRAPEUTIQUE

Considérations générales sur le régime lacté et sur le régime ordinaire chez les dyspeptiques par excitation ou hypersthéniques. — Importance de la notion de quantité dans le régime (1),

par M. G. BARDET.

(2me PARTIE)

§ 4. — MÉDICAMENTATION ACCESSOIRE.

En raison des difficultés presque constantes présentées par les dyspeptiques au début du régime lacté, plus d'un médecin croit nécessaire d'accompagner la prescription du

(1) Voir le nº 19 du 23 mai 1903.

régime par une ordonnance destinée à mettre l'estomac en état de supporter l'alimentation. Cette mesure est sage, et je conviens que le plus grand nombre des malades s'en trouvent bien.

Généralement on conseille d'ajouter au lait des alcalis et notamment de l'eau de chaux, afin de prévenir les fermentations anormales, et on ajoute des calmants divers, presque toujours à base de narcotiques. M. A. Robin a formulé une mixture complexe, qui réunit les narcotiques divers, opium et belladone, à la cocaïne et à la picrotoxine. Le plus souvent ces précautions fournissent de bons résultats, mais il est bon de savoir que, parfois, certains malades supportent très mal les alcaloïdes en raison de l'état d'insuffisance manifeste du foie dans laquelle ils se trouvent. Plus d'une fois, même à des doses extrêmement faibles, j'ai pu noter de l'intoxication et des troubles digestifs d'un genre spécial. Ainsi le bol alimentaire quitte l'estomac à peine avalé, et on constate alors une débâcle presque immédiate. Mais, comme l'estomac a été excité par le passage, il continue à sécréter, et naturellement le malade souffre d'une crise de gastrosuccorrhée fort pénible.

Je dois ajouter que j'ai surtout constaté ces phénomènes, quand, aux calmants, on avait joint du bicarbonate de soude : même à faible dose, je considère le bicarbonate de soude comme un médicament véritablement toxique pour certains hypersthéniques, car il provoque instantanément une hypersécrétion extraordinaire. Cette observation, je l'ai faite sur moi-même bien des fois, et j'ai eu souvent l'occasion de la renouveler chez de nombreux malades. Chose assez bizarre, je dois constater que l'usage d'eau naturelle alcaline, Vichy, Grande-Grille par exemple, ne produisait pas du tout le même effet que l'ingestion d'un paquet

équivalent de sel de soude. Aussi, ai-je le soin de recommander toujours aux malades de se bien garder de prendre du bicarbonate, mais de le remplacer par de l'eau de Vichy. Mais je préfère encore l'usage du carbonate de chaux, pris à la dose de 2 ou 3 grammes, deux heures environ après la prise de lait, parfois immédiatement, quand on sent l'estomac irritable.

Je crois que l'on a avantage à se montrer très circonspect dans l'emploi des calmants et à limiter leur emploi aux crises aiguës, comme il ne manque jamais de s'en produire au cours du régime lacté. Dans ces cas-là, me souvenant toujours de la sensibilité très spéciale des vieux hypersthéniques aux alcaloïdes (non pas par idiosyncrasie, interprétation surannée, mais par suite d'insuffisance fonctionnelle du foie), je fais usage de doses opiacées extrêmement minimes. Voici la formule qui me sert depuis quatre ou cinq ans et qui m'a très bien réussi chez moi-même ou chez un grand nombre de malades.

Magnésie hydratée....................	15	gr.	
Craie préparée.......................	15	»	
Opium pulvérisé......................	0	»	50
Racine de belladone pulvérisée........	0	»	50

Mêlez et divisez en 100 cachets.

Un de ces cachets contient seulement 5 milligrammes de poudre d'opium (soit la moitié d'un milligramme de morphine) et autant de poudre de belladone : or, cette dose, pourtant si faible est suffisante dans la plupart des cas pour exercer une action très sensible, et rarement il est nécessaire d'en donner plus de deux. Cette dose de deux cachets, correspondant à un milligramme de morphine, produit chez moi un véritable narcotisme, et je ne suis pas une exception : cela démontre combien il est bon d'être prudent dans l'administration des opiacés, pour lesquels on a trop ten-

dance à agir avec brutalité, comme si les doses indiquées comme moyennes dans les formulaires convenaient réellement à tout le monde.

Quelques mots encore sur la manière de prendre les alcalins : j'ai dit que je préférais de beaucoup le carbonate de chaux, à l'état de craie préparée, mais je n'ai rien dit du mode d'administration. Le plus grand nombre des médecins prescrivent de prendre l'alcalin délayé dans une certaine quantité d'eau. A première vue, cette manière de faire semble très logique. Le liquide permet, en effet, de répandre également dans tout l'estomac le mélange saturant, et il est évident que l'acide en excès qui cause le pyrosis a chance d'être ainsi combiné plus rapidement. Quelque raisonnable que paraisse ce procédé, je ne suis pas sans lui reconnaître de réels inconvénients : Frémont nous a appris (*Action de quelques substances sur la sécrétion gastrique*, Société de Thérapeutique, 18 mars 1901) que l'eau jouit de la propriété d'exciter la production du suc gastrique au même titre que les autres aliments, de sorte que l'on s'explique facilement que, sous le coup de l'ingestion d'une certaine quantité de liquide, certains malades et surtout les hypersthéniques permanents, voient leur état d'irritabilité gastrique s'augmenter notablement. Je recommanderai donc plutôt de faire prendre, pour combattre les crises hyperchlorhydriques et aussi les crises de fermentations anormales, le carbonate calcaire à l'état solide. Pour mon usage personnel, je me suis fait préparer des comprimés contenant chacun 0 gr. 25 de craie préparée, mélangée à autant de sucre et légèrement aromatisée. Le malade peut avoir une petite provision de ces comprimés sur soi, et alors il lui est permis de saturer de suite, et sans aucun besoin de liquide, son estomac lorsque l'occasion s'en présente : il suffit pour cela

d'avaler en les croquant six ou huit comprimés représentant de 1 et demi à 2 grammes d'alcalin. La mastication de ces petites pastilles provoque une abondante sécrétion de salive, très suffisante à liquéfier la craie, et ce liquide naturel n'a pas l'inconvénient de l'eau sur la muqueuse gastrique.

Un artifice qui réussit merveilleusement dans beaucoup de cas, artifice très employé en Allemagne et presque ignoré chez nous sans que je m'explique pourquoi, consiste à employer la présure. Je me sers pour cela d'une présure pure, stérile, mélangée à du sucre de lait et vendue sous le nom de *pegnine*. Une dose de 9 grammes, au plus, par litre de ce mélange amène une rapide coagulation. On fait tiédir le lait, que l'on peut aromatiser avec du café ou de l'eau de laurier-cerise; pour varier le régime, on additionne le lait de 60 à 80 grammes de sucre et de 4 à 8 grammes de *pegnine*. On obtient ainsi un lait d'apparence de crème légère et cela a l'avantage d'introduire dans l'estomac un lait déjà coagulé en caillots très fins, ce qui en assure la digestibilité. A défaut de *pegnine*, on pourrait utiliser les présures en poudre du commerce (une pincée par litre de lait sucré), mais je ne conseille pas l'usage des présures liquides, trop facilement altérables. Ce procédé d'administration rend des services remarquables et je ne saurais trop en recommander l'emploi.

Beaucoup de malades, au bout d'un certain temps, éprouvent une répugnance marquée à conserver le régime lacté et se plaignent surtout de la nécessité d'user seulement d'aliment liquide, ils donneraient beaucoup pour pouvoir absorber quelque chose de solide. C'est surtout pour eux que l'usage des laits coagulés peut rendre de réels et appréciés services. Voici comme, pour mon usage personnel, j'ai

tiré parti de ce procédé : je fais préparer des crèmes solides absolument analogues aux crèmes aux œufs, mais beaucoup plus digestibles et je dirai même plus agréables, car, avec la même consistance, elles ont en plus l'avantage d'être faites avec du lait qui n'a pas bouilli. Prenez un demi-litre de lait, additionnez-le de sucre à raison de 20 à 35 grammes, mettez sur le feu et quand le lait est à 40° au plus, ajoutez-y un aromate quelconque, au goût du malade, puis 2 grammes ou 3 grammes de pegnine. Versez ce mélange dans de petits pots de crème ordinaires et mettez au frais. En quelques heures le tout se prend et forme une crème extrêmement agréable d'aspect et de goût. Il ne faudrait pas mettre la masse entière dans un seul vase, car le caillot aurait tendance à se rétracter ; au contraire, en pots de 100 grammes, la crème reste bien homogène et il ne se produit pas séparation du petit-lait. Cet aliment est généralement accepté avec reconnaissance par les malades et leur permet de varier un peu leur régime.

§ 5. — Établissement du régime définitif après la période d'essai.

Voici donc tous les tâtonnements faits ; le malade a, durant huit ou dix jours, parfois quinze jours, tâtonné pour trouver les meilleures conditions de tolérance : il est venu à bout des petites difficultés initiales, son estomac est devenu moins irritable mais il s'est contenté, comme nous l'avons établi au début, de la quantité minimum de lait, c'est-à-dire des deux litres au plus qui sont nécessaires à l'entretien strict de son poids de début.

Cette période d'essai n'est que provisoire, car il est bien

évident que le dyspeptique est un sujet épuisé et que le régime lacté doit tendre à lui rendre peu à peu une partie de ce qu'il a perdu. Mais je dis bien « partie », car il serait parfaitement fou de songer à faire avec ces malades de l'engraissement vrai. Un hypersthénique sera toujours maigre ; seul le malade en état d'insuffisance digestive, pour une cause quelconque, mais à condition que ce ne soit point par épuisement à la suite d'une longue période d'hypersthénie, pourra arriver à reprendre un poids notable. Aussi conseillerai-je volontiers de savoir bien choisir les sujets quand on veut pratiquer de l'engraissement au moyen du régime lacté; car si l'on agit indistinctement de même pour tous les types, on court le risque de produire de très mauvais résultats, en forçant la consommation chez des gens absolument incapables de supporter un excès de nourriture.

M. Albert Robin — dont le nom revient à chaque instant sous ma plume, car il a mieux que personne étudié d'une manière pratique les maladies de l'estomac — donne un excellent criterium : c'est de suivre attentivement le poids du malade. Si le sujet maigrit, il est évident que le régime ne lui convient point et qu'il faut passer à une autre tentative, mais c'est là une chose qu'on n'observe guère que chez des sujets très avancés et relevables d'un traitement complet plutôt que d'un régime seulement ; si le sujet n'engraisse pas, fût-ce très légèrement, malgré une augmentation sensible de la ration, il est évident que c'est surcharger inutilement l'estomac et qu'il vaut mieux revenir en arrière. Si au contraire le malade augmente notablement de poids, il est certain qu'on est dans la bonne voie et qu'on doit continuer l'augmentation méthodique.

En suivant cette règle avec soin, on ne risquera guère de

se tromper, mais il va sans dire qu'on n'oubliera point de surveiller également la manière dont s'effectuent les digestions, pour se mettre à l'abri de crises qui ne se renouvellent que trop fréquemment, malgré les plus grandes précautions.

Quand un hypersthénique m'interroge sur son état et sur ses chances de guérir, je lui réponds généralement de la manière suivante : « Ne songez point à guérir, dites-vous que vous êtes un infirme plutôt qu'un malade : si vous aviez un membre artificiel, vous ne demanderiez pas qu'on vous en remette un naturel; eh bien, il en est de même de votre estomac, il est infirme de fonction et restera tel. Tout ce que vous pouvez demander, c'est de vous accommoder du régime qui vous fera le moins souffrir. » Ce langage est dur sans doute, mais je le crois juste : un hypersthénique est un nerveux, et l'estomac, si l'on veut bien me permettre une expression triviale, *paye la casse*, mais ce n'est point lui qui est le premier intéressé. Pour guérir, il faudrait pouvoir changer de vie, quitter les occupations, renoncer au travail cérébral, en un mot cesser de vivre. L'hypersthénie gastrique est la manifestation apparente d'une vie nerveuse intense qui est le résultat, chez certains sujets, d'un développement exagéré de la vie moderne. Donc, demander la guérison, ce serait accepter un véritable bouleversement de l'existence, chose qui n'est guère possible dans les conditions ordinaires de la vie..., et, avouons-le, y aurait-il beaucoup de sujets qui, même s'ils le pouvaient, consentiraient à guérir à ce prix? J'en doute et pour mon compte, quoique plus gravement atteint que beaucoup, je n'aurais point le courage de renoncer, fût-ce pour deux ou trois années, à la vie active que je me suis faite.

Ces réflexions ont pour but de bien montrer que l'on doit être fort circonspect dans la tentative de rendre à un dyspeptique par excitation le poids qu'il devrait avoir, étant donné sa taille. Un homme de 1m70, pour être encore maigre mais bien en forme, devrait peser 63 kilogrammes environ (1) : or, on sait que les dyspeptiques par hypersthénie sont très maigres, aussi leur poids est-il toujours beaucoup au-dessous de la normale ainsi fixée. C'est ainsi que l'homme de 1m70 pèsera par exemple 52 kilogrammes pesé le matin à jeun, nu et après miction et défécation. Or, il est bien évident qu'on ne peut songer à voir un adulte doué d'une affection chronique grave regagner complète-

---

(1) D'après les recherches des médecins militaires, qui ont sous les yeux un grand nombre d'hommes dans la force de l'âge, on peut établir la taille bonne moyenne à un nombre de kilogrammes représenté par les deux derniers chiffres de la taille moins dix pour cent. Par conséquent un homme de 1m70 pèserait 70—7=63 kilogrammes, à nu.

Pour moi, je considère dans le poids d'un homme à l'état normal deux conditions : le *poids normal maximum*, c'est-à-dire celui qu'on ne peut dépasser sans aller vers l'excès, et le *poids normal minimum*, ou celui qui ne peut être abaissé sans passer à la déchéance organique. En d'autres termes, un sujet peut être à l'état normal entre ces deux poids, qu'après de longs tâtonnements j'ai fixé de la manière suivante :

La pesée doit être faite le matin à jeun et à vide, c'est-à-dire après défécation et miction, en tenant compte du poids des vêtements, bien entendu. Le poids limite inférieur est de 0 kg. 323 par centimètre de taille et c'est pour ce poids que devra être calculée la ration d'entretien, c'est-à-dire celle qui est nécessaire pour maintenir le sujet en état de résistance physique, mais sans réserve.

Le poids limite supérieur sera de 0 kg. 370 et c'est entre les deux limites, inférieure et supérieure, que se trouvera la condition normale avec plus ou moins de réserves accumulées.

Donc, un homme de 1m70 pèsera entre $170 \times 0{,}323 = 55$ kilogrammes comme limite inférieure, et $170 \times 0{,}37 = 63$ kilogrammes comme limite supérieure. Au delà ou en deçà, on aura tendance à l'obésité ou à la déchéance.

Ces considérations mériteraient d'être développées. J'ai jadis traité la question dans des leçons faites à la Pitié, mais elles n'ont point été publiées, j'y reviendrai plus loin en détail.

ment et surtout rapidement les 63 kilogrammes reconnus comme poids normal d'un adulte en bonne santé de taille égale. J'estime qu'il faut être bien moins ambitieux, et je crois que tout ce qu'on peut espérer est d'arriver à regagner ce que, dans la note ci-contre, j'appelle le *poids limite inférieur*, soit 55 kilogrammes environ, puis de tenter de remonter à 1 ou 2 kilogrammes en plus. Vouloir davantage me paraît téméraire, il faut savoir se borner.

La conclusion de ces longues digressions, c'est que l'augmentation relativement considérable de la ration ne sera possible que pour des sujets vraiment capables d'engraissement, soit les malades jeunes, qui, après des phénomènes de gravité suffisante, se sont vus contraints de subir un traitement sévère : je le répète, ce seront surtout des hyposthéniques, ou dyspeptiques par insuffisance sous le coup d'une convalescence de grande maladie, ou des hypersthéniques au début, qui par conséquent sont encore guérissables.

A ces malades-là, doués en raison de leur âge d'une activité cellulaire suffisante, on peut conseiller, après la période de tolérance, la prise de 750 à 800 grammes de lait six fois par jour, ce qui fournit une ration de 4 litres et demi à 5 litres par jour, quantité déjà énorme et que peu de sujets peuvent atteindre et surtout maintenir longtemps. On peut bien citer des hommes qui suivent pendant des mois le régime lacté, tout en menant une vie très active, en prenant 6 et 7 litres de lait, mais j'affirme que cette ration est ridiculement au-dessus du besoin humain : 7 litres de lait font 250 grammes d'albumine par jour, or il n'y a pas d'homme qui soit capable de fixer ou utiliser cette énorme quantité de substance; elle ne peut donc pas servir, sauf pour une part infime, à établir des réserves : ces gens-là sont donc fatalement condamnés à devenir des fabricants d'urée sans

aucun bénéfice, et ce n'est pas impunément qu'ils subiront cet excès de travail hépatique.

Donc, c'est avec ménagement qu'on songera à autoriser le malade à dépasser la dose maximum de 3 litres à 4 litres 1/2 (dose que je considère comme très considérable et que je n'admettrai jamais pour moi-même), car on pourrait fort bien arriver à des phénomènes d'intolérance dus non pas à l'abus d'un régime trop prolongé, mais bien à un excès d'alimentation. Remarquons en outre que le sentiment de veulerie constaté chez les sujets qui commencent le régime lacté a disparu lorsque la période d'essai est franchie : le malade a repris dès les huit ou dix premiers jours la sensation normale et le lait lui fournit sa parfaite suffisance alimentaire, au point de vue tonique comme au point de vue nutritif.

Encore un mot sur ce sujet qui est très important, attendu qu'on a laissé une foule d'idées fausses s'implanter dans les questions de régime alimentaire : la meilleure preuve qu'on puisse donner de la valeur réparatrice d'un régime, c'est la possibilité où il met le sujet d'accomplir des actes physiques importants. Eh bien ! je suis un alpiniste passionné, malgré la dyspepsie chronique dont je souffre depuis vingt ans au moins; or, l'été dernier, je me trouvais comme de coutume en haute montagne, en proie à une crise des plus pénibles qui nécessita pendant mes trois mois de séjour alpestre un régime des plus sévères, lait et œufs dans les meilleurs jours, lait seulement pendant de longues séries. Or, même quand j'étais réduit au lait, je restais capable de faire des excursions de glacier très fatigantes, et je n'ai jamais dépassé une ration de lait de plus de trois litres au maximum, et cela sans perte de poids, malgré le travail mécanique considérable que je me trouvais fournir dans

ces courses de huit à dix heures de marche. Ce fait prouve que le besoin réel est de beaucoup au-dessous du besoin factice qui dirige malheureusement les agissements de la plupart des hommes.

§ 6. — Établissement du régime définitif chez les vieux dyspeptiques hypersthéniques.

Nous venons de voir qu'il fallait faire une différenciation méthodique entre les malades, de manière à séparer nettement ceux qui peuvent supporter la suralimentation, de ceux qui seraient incapables d'en tirer profit; j'ai essayé de montrer que, chez le vieux dyspeptique, il serait dangereux d'espérer ou de faire espérer une guérison, mais qu'il était plus sage de chercher à fournir au malade un moyen d'alimentation qui lui permît de réparer ses pertes sans souffrance et j'ai montré, chiffres à l'appui, que l'on pouvait atteindre ce résultat sans exagérer la consommation. Il me reste maintenant à établir la manière dont je comprends l'institution d'un régime définitif, une fois la période d'essai franchie.

Tout d'abord, que faut-il entendre, en ce cas, par les mots *régime définitif?* Je ne veux point dire que j'aie la prétention d'imposer à ces malades un régime lacté perpétuel, quoique, au fond, ce système ne serait peut-être point si extraordinaire qu'il peut en avoir l'air au premier abord, mais j'aurais trop peu de chance d'être écouté pour oser pousser la sévérité jusqu'à ce point. Non, je veux dire seulement qu'après avoir passé par la période des tâtonnements et du repos de l'organe, il faut mettre le malade en position de reprendre le plus tôt possible une vie active et lui fournir

en conséquence une quantité d'aliments véritablement adéquate à ses besoins.

Or, c'est justement là que gît la difficulté, car malheureusement les idées sont loin d'être clairement et surtout sainement formulées sur ce point. Voici bien longtemps que je m'occupe très sérieusement de cette question si passionnante de la ration, j'ai longuement réfléchi, laborieusement entassé des résultats d'analyses, et peu à peu j'ai fini par envisager le sujet d'une façon qui me met en contradiction avec le plus grand nombre des auteurs qui, eux, sont restés sur le terrain purement clinique. Presque tous ne voient dans le régime lacté qu'un moyen de pratiquer la suralimentation chez des gens surmenés par des pertes exagérées. Pour moi, au contraire, le régime lacté ne peut jouer qu'un rôle : permettre de nourrir le malade d'une manière strictement suffisante sans qu'il souffre, ce régime étant considéré comme celui qui donne l'aliment sous la forme la plus facilement digestible et sous la forme la plus facilement dosable.

Je ne veux point affirmer que cette suralimentation ne pourra pas se faire à un moment donné chez beaucoup de malades, chez le plus grand nombre même si le régime est bien conduit; mais je veux simplement montrer que le plus souvent, faute d'expérience personnelle et sous la nécessité de s'en tenir aux récits des malades, le médecin a trop tendance à conseiller des doses qui sont certainement très exagérées, et c'est contre cette tendance que je veux réagir en montrant qu'il est possible de nourrir confortablement un homme avec une quantité d'aliments beaucoup plus réduite qu'on ne se l'imagine généralement; mais, pour cela, je vais être obligé de me livrer à des considérations assez ardues : je demande donc au lecteur de vouloir bien me

prêter un instant d'attention, car le sujet est compliqué.

Le but est de fournir au malade la quantité de lait strictement nécessaire à son entretien pour augmenter ensuite aussitôt qu'on croira pouvoir le faire. Cependant il est utile de mettre le sujet à même de reprendre du poids, il sera donc nécessaire pour cela de lui fournir un peu plus que sa ration d'entretien, de manière à pouvoir constater un peu de gain, ce qui sera un signe dont il faudra profiter pour augmenter ensuite progressivement la ration et assurer ainsi méthodiquement la remise en forme du sujet.

C'est donc cette ration type, que nous devrons conserver longtemps, qu'il s'agit d'établir avec certitude et, pour cela, je vais reprendre rapidement les notions qui peuvent servir à fixer les idées sur cet intéressant sujet.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

SÉANCE DU 13 MAI 1903

Présidence de M. Créquy.

Le procès-verbal de la dernière séance, lu et mis aux voix, est adopté.

Appel de l'Association des médecins de la Seine.

M. Bardet, secrétaire général. — Messieurs, j'ai promis à M. Barth, mon collègue à l'Association des médecins de la Seine, de faire un appel aux membres de la Société de Thérapeutique.

Vous connaissez tous la haute importance de cette institution, qui — aujourd'hui riche d'un capital qui approche de deux millions, grâce aux dons de plus en plus nombreux qu'elle recueille — devient capable de fournir aux médecins âgés et peu heureux des ressources relativement importantes et à leurs veuves des pensions souvent bien nécessaires.

On constate malheureusement de la part des jeunes médecins une indifférence regrettable à faire partir de cette Association, et pourtant que de faits pour montrer que, dans l'intérêt bien entendu de leur famille, les médecins les plus heureux en apparence devraient tenir à faire partie d'une association aussi utile. Ce serait certes de la prévoyance intelligente dans beaucoup de cas, une charité discrète et féconde dans un nombre encore plus grand.

Il est donc évident que, tout le monde se prêtant à reconnaître la grande valeur morale de l'institution, l'indifférence à y prendre place ne peut tenir qu'à de la négligence et à l'oubli.

Parmi les médecins qui font partie de la Société de Thérapeutique, soit 74, je n'ai relevé que 24 noms dans la liste de l'Association des médecins de la Seine. Aussi, d'accord avec le bureau, je viens rappeler à nos collègues une institution humanitaire et utilitaire dont chacun de nous (qui sait ce que l'avenir peut nous réserver un jour?), dont chacun de nous peut avoir besoin. Messieurs, votre secrétaire général sera heureux de se faire l'interprète de ceux de ses collègues qui accepteraient de faire partie de l'Association des médecins de la Seine, et M. le président veut bien se joindre à moi pour leur servir de parrain, suivant le règlement de l'Association.

M. Créquy, président. — Je suis très heureux d'entendre l'appel de notre secrétaire général. Je ne connais pas d'œuvre de but plus noble et plus pratique que celui de l'Association des médecins de la Seine et M. Bardet a raison, tous les membres de la Société de Thérapeutique devraient s'affilier à l'Association; j'appuie donc de grand cœur les paroles qui viennent d'être pro-

noncées et je souhaite qu'elles amènent beaucoup de nouvelles adhésions.

Présentations.

Ampoules stérilisées, métalliques, permettant de supprimer la seringue dans les injections hypodermiques.

M. Bardet. — J'ai l'honneur de présenter, au nom de M. Triollet, un petit dispositif vraiment fort ingénieux, que j'ai utilisé et que je me promets d'employer régulièrement, car il présente réellement des avantages sérieux sur tous les appareils du même genre qui ont pu être proposés.

Il y a dix ans, vous vous en souvenez sans doute, le Dr Maréchal, actuellement médecin principal de l'armée, nous présentait un appareil à injections hypodermiques réduit à sa plus simple expression, dont il s'était servi avec avantage dans plusieurs campagnes coloniales. C'était une ampoule de caoutchouc qui, pressée par les doigts, faisait corps de pompe ; il suffisait de la remplir de la solution injectable et d'y adapter une aiguille.

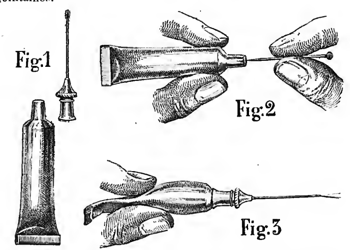
Le dispositif de M. Triollet rappelle celui de M. Maréchal, mais beaucoup perfectionné. C'est une vessie d'étain dont le bec est fermé ; en un mot, c'est la vessie métallique des couleurs à l'huile, dans laquelle le pas de vis et son couvercle est remplacé par un petit tube dur et fermé, destiné à recevoir une aiguille. Le liquide actif, filtré au Chamberland, est versé dans l'ampoule, celle-ci pincée, portée à l'étuve et stérilisée ; puis on soude la fermeture, de telle sorte que l'on est assuré d'avoir un liquide parfaitement privé de germes.

Pour l'usage, le médecin n'a qu'à posséder dans sa trousse quelques aiguilles, qu'il stérilisera au flambé, puis, prenant l'ampoule, dont il flambera l'extrémité, il percera le petit tube, avec une épingle, flambée elle aussi : ceci fait, il adaptera l'aiguille solidement et prenant, entre le pouce et l'index le petit système ainsi constitué, il enfoncera d'un seul coup l'aiguille ; puis, pres-

sant la vessie avec les doigts, il en fera sortir le liquide qui pénétrera dans les tissus.

Toute la manipulation est faite en une minute, facilement et beaucoup simplement que je ne puis le dire. Une fois l'injection faite, on détache la canule aiguille et l'on jette l'ampoule.

Certes, un pareil dispositif est d'une commodité remarquable et susceptible de rendre de grands services, particulièrement pour la pratique de la campagne et surtout dans les expéditions lointaines.



M. Crinon. — Je reconnais l'ingéniosité du procédé, mais il a un inconvénient, c'est l'opacité du récipient qui ne permet pas de voir si le liquide est trouble et par conséquent altéré.

M. Bardet. — L'observation est juste, mais il faut bien reconnaître qu'étant donné la sûreté des procédés actuels de stérilisaion l'accident est peu probable, et d'autre part il est toujours possible de verser dans un verre les quelques gouttes qui servent à amorcer la canule, on verra alors de suite si le liquide n'est pas parfaitement limpide et l'on en sera quitte pour prendre une autre ampoule.

A l'occasion du procès-verbal.

M. Patein. — Une note de M. Jules Régnault, communiquée à notre Société, est relative à l'incompatibilité longtemps proclamée du *calomel* avec le *chlorure de sodium* et les *acides*. L'expérience et la théorie ont largement démontré que, tout au moins *in vitro*, cette incompatibilité n'existait pas, et qu'il ne se formait pas dans de tels mélanges, des quantités appréciables de *sublimé*. Des expériences nombreuses ont été faites sur les animaux, de différents côtés et par nous-même : elles sont toutes concordantes. J'ai fait également avec notre collègue Désesquelle, des essais destinés à nous éclairer sur le mode d'absorption du calomel par l'organisme dans le cas d'injections sous-cutanées, et par le contact des différents liquides physiologiques : nous en entretiendrons quelque jour la Société. Aujourd'hui je ne dirai que quelques mots à propos de l'intéressante communication de M. Régnault. En premier lieu, je suis, comme lui, d'avis qu'il est nécessaire de recueillir les observations d'accidents, quels qu'ils soient, qui ont pu suivre l'administration du calomel, accompagnée ou non d'une ingestion de chlorure de sodium ; on fera ainsi le départ de ce qui doit être attribué à ce seul médicament, absorbé suivant les règles de la plus grande prudence. Mais en second lieu, je ne suis pas du tout convaincu par les deux observations relatées par notre confrère, surtout par la seconde. Outre que les symptômes observés dans les deux cas peuvent être expliqués d'une façon toute différente, il est impossible d'y retrouver les accidents caractéristiques d'une intoxication par le *sublimé*, lequel aurait pu résulter de la transformation, même partielle, de 0 gr. 60 de calomel.

Enfin, dans le cas de contact de calomel avec le sel et les œufs, il est facile, toujours *in vitro*, de s'assurer que, si le chlorure de sodium n'a pas d'action sur le calomel, il n'en est pas de même du *jaune de l'œuf* composé sulfuré.

Il est bon de rappeler également qu'il y a quelque vingt ans, on avait préconisé l'administration simultanée du *calomel* et de

l'iodure de potassium, bien incompatibles eux. Cette pratique, à laquelle on a heureusement renoncé, ne paraît cependant avoir causé d'accidents sensationnels, sauf le cas rapporté dans les annales de la Société, d'insufflations de calomel dans l'œil d'un sujet soumis au régime de l'iodure de potassium.

M. Désesquelle. — Je tiens à ajouter deux mots à la remarque que vient de faire notre collègue M. Patein, pour insister encore sur les faits qu'il indique. Le calomel détermine, dans certains cas et chez des personnes n'ayant ingéré aucun aliment salé, des phénomènes d'intoxication ; j'ai deux cas de ce genre parmi mes observations. En dehors du jaune d'œuf, comme vient de le dire M. Patein, il semble qu'il existe parfois dans l'économie des substances encore inconnues qui dédoublent le calomel.

M. Créquy. — Constantin Paul avait fait observer autrefois, à la Société, qu'il n'existait aucun cas réel d'intoxication à la suite d'ingestion de calomel et de sel marin, et M. le professeur Pouchet nous a fait, ces années dernières encore, une communication qui confirme entièrement l'opinion que viennent d'émettre nos collègues.

M. le Secrétaire général. — A l'appui des arguments qui viennent d'être fournis, arguments auxquels je me rallie complètement, voici une lettre de M. Henry Marais, d'Honfleur. Notre confrère, après avoir lu la note de M. Regnault, rappelle qu'il y a déjà longtemps il a lui-même apporté des preuves topiques de l'erreur faite par Mialhe en accusant les aliments salés de provoquer la formation de bichlorure.

Il démontre que les faits de M. Régnault peuvent bien plus facilement être attribués à une indigestion provoquée par une alimentation intempestive, et il cite de nouveaux faits qui prouvent qu'on ne saurait revenir sur une erreur flagrante qui ne devrait même plus être discutée.

Communications.

I. — *Note sur la supériorité du pyramidon chez des malades sensibles à l'action de l'antipyrine,*

par le Dr Klein,
correspondant national.

J'ai déjà eu l'occasion de rapporter à la Société l'observation d'une malade affligée de céphalalgie rebelle et qui présentait une intolérance remarquable à l'action de l'antipyrine, intolérance telle que la prise de la plus petite quantité de produits, une quantité vraiment ridicule, quelques centigrammes, provoquait, pour ainsi dire, instantanément une éruption, sous forme de plaques d'urticaire. Chose singulière, l'éruption s'est toujours manifestée aux mêmes parties, du côté gauche du corps. Cette éruption amenait des démangeaisons tellement pénibles que la malade n'éprouvait jamais de soulagement des douleurs névralgiques pour lesquelles le médicament était administré. Je fus donc, après bien des tentatives, obligé d'abandonner l'antipyrine et de recourir à un autre sédatif.

J'eus alors recours au pyramidon, lequel, agissant à dose beaucoup moindre et, par conséquent, plus énergique, avait plus de chance de calmer la douleur sans provoquer d'épiphénomènes.

Sous l'influence d'une dose de 30 centigrammes de pyramidon, prise en cachet, la douleur fut rapidement atténuée dans une large mesure et le soulagement, au dire de la malade, fut considérable; une éruption fit bien son apparition, aux endroits de prédilection, mais au lieu des larges plaques urticiformes si douloureuses, régulièrement amenées par l'antipyrine, il se produisit seulement de légères plaques d'érythème, à peine sensible.

Depuis cet essai, j'ai pu utiliser l'action calmante du pyramidon sans plus d'inconvénient et la malade qui, à aucun prix, ne voulait accepter l'antipyrine, ne montre aucune répugnance à accepter le nouveau médicament.

Il résulte de cette observation que le pyramidon, sous des doses quatre fois moindres que l'antipyrine, s'est montré actif quand ce dernier analgésique se montrait impuissant et, d'autre part, que si la manifestation cutanée s'est encore montrée, c'est avec une atténuation remarquable, étant donné la sensibilité extraordinaire du sujet, et cela très régulièrement.

Il me semble que, dans la pratique, l'éventualité de la réaction cutanée doit toujours être présente à l'esprit du praticien, chaque fois qu'il se croit en devoir de prescrire un analgésique et qu'il a tout avantage à se rappeler qu'il existe une substance plus active que l'antipyrine et capable de produire les mêmes résultats sur le phénomène douleur, sans risquer de provoquer des épiphénomènes fâcheux.

II. — *Sur la valeur thérapeutique de la strychnine dans les maladies du système nerveux,*

par M. Maurice Mendelssohn.

Il est de notion courante en thérapeutique que la strychnine est un remède stimulant, tonique et convulsivant au point de vue de son action sur le système nerveux. Le tétanos strychnique, aussi bien chez l'homme empoisonné que chez les animaux intoxiqués, est un fait généralement connu et semble démontrer avec évidence l'action hyperkinétique de cette substance. D'ailleurs, c'est en vertu de son pouvoir excito-moteur qu'on employait autrefois la strychnine en thérapeutique nerveuse, dans tous les cas où il s'agissait de relever la fonction motrice affaiblie ou disparue. La strychnine était alors indiquée dans tous les états paralytiques et contre-indiquée dans les états spasmodiques. A vrai dire, elle n'a pas fait plus de bien dans le premier cas qu'elle n'a fait de mal dans le second. Pour ma part, je n'ai jamais vu s'améliorer de paralysie sous l'influence de la strychnine et c'est tout simplement l'administration des doses trop fortes de cette substance qui cause parfois l'exagération de la spasmodicité.

Quoi qu'il en soit, les méfaits imputés à la strychnine dans les maladies nerveuses, ont fait rayer ce médicament de la thérapeutique neuro-pathologique et si on la prescrit quelquefois encore, c'est plutôt pour relever la nutrition générale, — ce qui importe certainement beaucoup dans le traitement de toute affection chronique, — que pour agir directement sur le système nerveux lui-même.

Le but de cette communication est précisément de tirer de l'oubli ce remède, qui constituait jadis un « nervin » de premier ordre, et de montrer qu'à côté de son action stimulante et tonique, admise par tout le monde, la strychnine possède incontestablement une action thérapeutique directe sur le système nerveux.

J'ai pu m'assurer, par une série de recherches expérimentales et par de nombreuses observations cliniques, que l'action de la strychnine sur le système nerveux se manifeste non seulement par son pouvoir excito-moteur et tétanisant, — l'effet maximum de son action, inutilisable du reste, en thérapeutique — mais encore par son pouvoir *régulateur* et *coordinateur* du mécanisme réflexe de l'axe spinal. C'est de cette double propriété que relève toute la valeur thérapeutique de cette substance dans le traitement des affections du système nerveux.

Je ne veux pas m'étendre ici sur les résultats de mes recherches expérimentales faites sur les animaux. Je crois cependant utile de mentionner quelques faits qui feront mieux comprendre le sens de mes observations thérapeutiques.

C'est un fait généralement connu qu'un animal faiblement strychnisé réagit avec une grande facilité à toutes les excitations centripètes et produit des mouvements réflexes très nets, avec une régularité parfaite et dans un ordre déterminé.

Or, j'ai constaté, il y a déjà bien des années, dans mes anciennes recherches sur les réflexes, que, lorsque, chez la grenouille et même chez les mammifères, l'ordre de succession des réflexes est modifié à la suite de quelques lésions expérimentales, on peut le rétablir plus ou moins facilement et plus ou moins complète-

ment, en injectant à l'animal une faible dose de strychnine (0,0001-0,001 de sulfate de strychnine). Celle-ci exerce évidemment, dans ce cas, une action *régulatrice* sur la production des mouvements réflexes.

D'autre part, j'ai pu m'assurer, par une série d'expériences spéciales, que la strychnine exerce une action *coordinatrice* très manifeste sur les actes locomoteurs de l'animal. Dans certaines lésions expérimentales plus ou moins complexes de la moelle épinière, il est souvent facile de produire un réflexe élémentaire caractérisé par la contraction d'un seul muscle, mais il est difficile, sinon impossible, de provoquer un réflexe combiné, caractérisé par un mouvement de tout un groupe musculaire et même de tout un membre. Une injection d'une dose suffisante de strychnine rétablit souvent le mouvement réflexe de ce groupe musculaire et permet de provoquer une flexion ou une extension du membre. Or, un mouvement de flexion ou d'extension est un mouvement coordonné résultant, non seulement de la transformation de l'excitation centripète en excitation centrifuge, mais encore de la coordination des différents centres médullaires qui sont en connexion avec les muscles correspondants. La strychnine, en rétablissant un mouvement de flexion ou d'extension supprimé préalablement par une lésion expérimentale, ne peut le faire qu'en rétablissant le pouvoir coordinateur des centres des muscles fléchisseurs et extenseurs dans la moelle épinière.

La strychnine agit non seulement sur le mécanisme coordinateur des mouvements réflexes, mais elle exerce également une influence favorable sur la coordination des mouvements volontaires comme cela résulte de l'expérience suivante : Chez un chien dont j'ai sectionné toutes les racines postérieures de la partie sacrolombaire de la moelle, et chez lequel j'ai provoqué ainsi une incoordination motrice de ses deux membres postérieurs, j'ai constaté qu'au bout de quelques semaines, cette incoordination a diminué notablement sous l'influence d'injections répétées de strychnine, faites à l'animal à des intervalles différents. Ces phénomènes ne s'observent guère si nettement chez un chien opéré de la même

façon, mais non strychnisé. Dans ce dernier cas, l'incoordination persiste beaucoup plus longtemps et ne diminue qu'insensiblement.

Ces faits démontrent suffisamment l'action de la strychnine sur le pouvoir régulateur et coordinateur du système nerveux central et, quoiqu'il soit difficile de préciser le mécanisme de cette action, tout porte à croire que le pouvoir régulateur et coordinateur de la strychnine est dû à l'action excitante que cette substance exerce sur le neurone central sensitif et non pas sur le neurone central moteur.

La strychnine agit surtout sur l'innervation centripète du système nerveux et c'est cette action qui devrait avant tout être utilisée en thérapeutique. La conclusion qui, au point de vue thérapeutique, se dégage de tout ce qui a été dit plus haut, est que *la strychnine devrait nécessairement être indiquée dans tous les cas où il s'agit de relever la fonction coordinatrice de la moelle épinière*, comme, par exemple, dans le *tabes*. Voici, en effet, quinze ans que j'applique la strychnine dans le traitement du tabes et les bons résultats que j'en ai obtenus me semblent assez satisfaisants pour être signalés à l'attention de la Société de Thérapeutique.

Toutefois, il importe de remarquer que si une partie des expériences précitées, datant de 1882-1885, ont servi de point de départ à mes applications thérapeutiques de la strychnine dans le tabes, la plus grande partie des expériences instituées entre 1890 et 1900 ont été, au contraire, entreprises à la suite de faits que j'ai observés chez les malades et que je cherchais ensuite à vérifier et à confirmer par l'expérimentation sur les animaux.

Je ne m'étendrai pas aujourd'hui sur les détails du traitement du tabes par la strychnine, en me proposant de traiter cette question plus amplement dans un travail prochain. Je me bornerai à signaler seulement que la strychnine appliquée chez des tabétiques pendant longtemps à doses faibles (0 gr. 0005, 0 gr. 005 de sulfate ou nitrate de strychnine), soit intérieurement, soit en injections hypodermiques, relève considérablement l'état général

du malade et influence très favorablement son incoordination motrice.

Celle-ci non seulement ne progresse pas, ce qui du reste s'observe souvent chez les tabétiques, sans aucun traitement, mais elle diminue sensiblement et même la coordination normale se rétablit en grande partie, de sorte que les malades en arrivent à marcher avec facilité. Chez quelques tabétiques incoordonnés que j'ai eu l'occasion d'observer pendant dix à quinze ans (car je les ai vus pour la première fois vers 1888-1890 et je les ai revus encore tout récemment dans le courant de l'hiver dernier), l'amélioration est tellement sensible qu'il ne reste plus que des traces de l'incoordination motrice qui ne pourrait être relevée que par un examen très attentif et au moyen de procédés spéciaux. Ces malades, qui jadis marchaient appuyés sur des cannes ou soutenus par des aides, marchent aujourd'hui avec une très grande facilité et ne souffrent guère du peu d'incoordination dont ils sont encore atteints. Le traitement strychnique, tel que je l'applique dans le tabes, est un traitement essentiellement chronique, en ce sens qu'il doit être appliqué pendant plusieurs années, presque toute l'année, en observant toutefois certains intervalles, suivant la susceptibilité du malade. Je n'ai jamais observé un mauvais effet de la strychnine résultant, soit de sa propriété cumulative, soit de son action convulsivante.

L'action que la strychnine en faibles doses exerce sur les mécanismes régulateurs spinaux des contractions musculaires explique les bons effets que j'ai obtenus dans l'application de la strychnine dans certains cas de *tremblement* essentiels ou toxiques. La paralysie agitante au début paraît également s'améliorer sous l'influence d'une médication strychnique prolongée.

Je crois inutile d'insister ici sur la valeur de la strychnine dans le traitement des *névroses*. Tout le monde sait combien les névroses, dont la majorité, sinon toutes, sont liées et peut-être même dues à une mauvaise nutrition des centres nerveux, sont favorablement influencées par la strychnine grâce à l'action éner-

gique que cette substance exerce sur la nutrition générale et sur le métabolisme des éléments nerveux.

Avant de terminer, je voudrais encore attirer l'attention de la Société sur une action thérapeutique spéciale et d'apparence paradoxale de la strychnine, à savoir son emploi dans le traitement de l'*épilepsie*. L'idée m'en fut suggérée par un praticien très distingué de Saint-Pétersbourg, le Dr Tchetchof, médecin en chef de l'hôpital Nicolas, avec lequel je me trouvais il y a douze ans environ en consultation auprès d'un épileptique dont la maladie était demeurée rebelle à toute espèce de traitement. Depuis j'ai appliqué maintes fois la strychnine dans le traitement de l'épilepsie, et j'ai pu constater que dans la majorité des cas la strychnine a diminué à la fois l'intensité et la fréquence des accès sans toutefois amener une guérison complète. Sous ce rapport la strychnine n'est donc nullement inférieure à tous les remèdes en usage contre cette maladie. Son action, moins prompte que celle des bromures, ne se manifeste qu'après un certain temps; mais, en revanche, elle ne produit pas ces troubles de nutrition que provoque l'usage prolongé des bromures : au contraire, elle relève l'état général et les forces du malade. Il faut cependant reconnaître que son efficacité ne se manifeste pas dans tous les cas d'épilepsie. Mes observations ne me permettent pas encore d'apporter à cet égard des conclusions générales, mais je suis dès maintenant en mesure d'affirmer que la strychnine demeure sans effet dans les épilepsies corticales, dans celles provenant de causes organiques (tumeurs du cerveau) et n'est efficace que dans les épilepsies qui sont liées à des troubles de circulation cérébrale, dans cette classe d'épilepsies que l'on pourrait considérer comme étant d'origine bulbaire et qui sont d'ailleurs les plus fréquentes. Je ne saurais donner quant à présent une explication physiologique de l'action de la strychnine dans l'épilepsie, les quelques expériences que j'ai faites à ce sujet ne me paraissent pas fournir de données suffisantes pour interpréter les faits observés en clinique. Dans ces expériences, peu nombreuses du reste, j'ai pu m'assurer que la strychnine, appliquée sur la

zone motrice de l'écorce cérébrale chez un chien, exagère l'excitabilité corticale et facilite l'éclosion de l'accès épileptique sous l'influence d'une excitation électrique. Ce fait explique bien l'inefficacité de la strychnine dans l'épilepsie corticale, mais n'explique guère son efficacité dans d'autres formes d'épilepsie dans lesquelles l'influence favorable de la médication strychnique devrait plutôt être attribuée à son action régulatrice sur la circulation du sang dans le système nerveux central. Il est probable que l'action régulatrice de la strychnine s'exerce non seulement sur les centres réflexes locomoteurs, mais aussi sur les centres vasomoteurs.

Quelle que soit du reste l'interprétation que l'on puisse donner aux faits divers observés en clinique à la suite de l'application de la strychnine, il n'est pas douteux que cette substance mérite de prendre une place importante dans la thérapeutique des affections du système nerveux. Ce n'est pas son action tétanisante — action maximum — nécessitant des doses toxiques qui devrait être utilisée en thérapeutique nerveuse, mais surtout ses doses minima qui, tout en exagérant l'excitabilité du système nerveux centripète, exercent une action *régulatrice* et *coordinatrice* sur les mécanismes réflexes de la moelle épinière.

M. Kauffmann. — Je désirerais demander à M. le professeur Mendelssohn si les effets thérapeutiques obtenus avec la strychnine sont durables et persistent après suspension du traitement.

M. Mendelssohn. — Certains de mes malades, que j'ai suivis depuis des années, et qui ont été vus par d'autres spécialistes, alors que leur affection était au maximum, sont actuellement en parfaite santé, marchant sans canne, et ont cessé leur traitement depuis un an et demi à trois ans.

J'administre la strychnine par périodes séparées d'un intervalle de repos d'une durée de un mois à deux, de façon que le traitement dure de six à huit mois l'an.

M. Leredde. — Je demanderais à M. Mendelssohn son opinion personnelle sur l'évolution du tabes. Actuellement on tend à ne plus considérer le tabès comme autrefois, c'est-à-dire comme une

maladie très grave; et il semble que cette affection se présente souvent plutôt sous une forme fruste. Il est donc intéressant d'avoir l'opinion de M. Mendelssohn, car il est difficile autrement de juger la valeur thérapeutique de sa méthode, et de ne pas se demander, avec certaine vraisemblance, si le résultat obtenu est dû à l'évolution classique et normale de la maladie.

M. MENDELSSOHN — Je ne puis développer ici la théorie du tabès et la discuter, c'est là une question très vaste sur laquelle d'ailleurs je reviendrai. En tout cas, ce que je puis dire, c'est que j'ai eu en vue le traitement d'un seul symptôme, l'incoordination.

Tous les malades que j'ai traités étaient des malades types, à évolution très lente, ayant présenté toutes les complications des cas graves (ataxie, fractures, arthropathies, crises laryngées, crises intestinales, etc.), par conséquent je n'ai eu à faire à aucune forme fruste.

Quant à l'incoordination tabétique, je ne connais pas d'amélioration sans traitement. L'ataxie peut s'arrêter, ne pas augmenter, rester stationnaire, mais elle ne rétrogradera jamais par évolution. Seul le traitement, traitement physique ou autre, peut favoriser son amélioration.

III. — *Nouveaux sels mercuriels pour injections*,

par MM. L. JULLIEN et F. BERLIOZ.

Nous avons l'honneur de faire connaître à la *Société* quelques nouveaux sels mercuriels pour injections solubles, préparés dans le laboratoire de l'un de nous, et très heureusement éprouvés dans le traitement de la syphilis, tant à l'hôpital que dans la clientèle particulière.

Ces corps ont pour attributs communs d'être bien tolérés par les tissus, d'être aisément décomposables dans l'organisme, et de fournir une abondante absorption du spécifique, ainsi que l'ont prouvé les analyses des urines exécutées par M. Lafay.

Leur teneur mercurielle étant importante, comme il sera dit, il est presque superflu de parler de leur efficacité.

a) *Cacodyl-hydrargyre.* — Notre premier sel est un cacodylomercurate d'ammonium, obtenu en utilisant la propriété du cacodylate d'ammonium de se combiner avec l'oxyde de mercure.

La formule est :

$$As \begin{cases} (CH^3)^2 \\ O \\ OAz^2Hg \end{cases}$$

C'est une poudre blanc grisâtre, très soluble dans l'eau ; sa teneur mercurielle est de 56 p. 100.

Essayé dans plus de 50 cas à la dose de 0 gr. 01 et 0 gr. 02 par injection, ce composé est admirablement supporté plusieurs malades ont également toléré la dose de 0 gr. 03.

b) *Chlorhydrargyre.* — Ce sel est un chloromercurate d'ammonium préparé en faisant dissoudre à chaud de l'oxyde jaune dans une solution de sel ammoniac.

Il a pour formule :

$$HgCl^2 . 2 (AzH^4Cl)$$

et pour teneur mercurielle 53 p. 100. Très peu toxique puisque des cobayes ont pu en tolérer de 8 milligrammes à 2 centigrammes par kilogramme, ce sel présente comme particularité remarquable ce fait de ne pas coaguler l'albumine : aussi son action sur les tissus n'est-elle nullement douloureuse.

Il est, sous ce rapport, bien supérieur au sublimé, auquel il serait avantageusement substitué dans les usages chirurgicaux.

En injections sous-cutanées ou mieux intra-musculaires, il s'est toujours montré parfaitement indolore.

Rappelons que c'est sur l'addition du chlorhydrate d'ammoniaque au bichlorure de mercure, qu'était fondée la préparation de la liqueur de Gardane, célèbre il y a plus d'un siècle, et assurément préférable à la liqueur Van Swieten.

c) *Oxychlorhydrargyre.* — Ce sel a pour formule :

$$HgO.\ 2\ HgCl^2$$

et renferme 79 p. 100 de mercure.

Peu soluble, et très acide, il serait peu utilisable sans l'addition du chlorure d'ammonium qui le rend parfaitement maniable et très propre aux injections essayées jusqu'ici à 0 gr. 01 et 0 gr. 02 par seringue.

Voici la formule reconnue la meilleure :

Oxychlorhydrargyre....................	2 gr.
Chlorure d'ammonium..................	6 »
Eau	100 »

d) *Oxyde jaune ammonique.* — L'oxyde jaune se dissout dans les solutions chaudes de chlorhydrate d'ammoniaque. A la dose de 5 grammes de ce dernier sel pour 1 gramme d'oxyde, toute coagulation de l'albumine est évitée. Or l'oxyde renferme 92 p. 100 de mercure, ce qui fait qu'une solution au centième contiendra bien près d'un centigramme de métal, soit 9 milligr. 2.

Ce sel n'est pas moins bien supporté que les précédents.

IV. — *Sur le rôle de l'alcool dans la conservation du chloroforme,*

par M. Adrian.

I

Bien longue est la liste des auteurs qui ont étudié les produits d'altération du chloroforme, et bien plus considérable encore est le nombre des travaux et des expériences publiés sur ce sujet. Aussi nous bornerons-nous à rappeler les conclusions des auteurs qui sont unanimes à reconnaître que ces produits d'altération du chloroforme sont des dérivés chlorés; que ce sont eux qui causent de fâcheux effets sur l'organisme, enfin que la quantité de ces

dérivés chlorés augmente lorsque le chloroforme primitif n'est pas parfaitement pur.

Parmi eux on a signalé, outre le chlore libre, l'acide chlorhydrique et l'acide hypochloreux, diverses combinaisons chlorées plus ou moins complexes, et un corps bien défini, l'oxychlorure de carbone, qui se forme d'après la réaction suivante :

$$4\,CH\,Cl^3 + 6\,O = 4\,CO\,Cl^2 + 2\,H^2O + 4\,Cl.$$

et qui fournirait ultérieurement l'acide chlorhydrique :

$$CO\,Cl^2 + 2\,H^2O = 2\,CO^2 + 4\,H\,Cl.$$

Ce serait surtout à la présence de l'oxychlorure de carbone dans les chloroformes impurs que seraient dus les accidents qui ont été plusieurs fois relatés.

II

Les recherches pour obvier à la décomposition spontanée du chloroforme par l'addition de certaines substances, telles que la chaux, l'huile d'amandes douces, le soufre, l'alcool éthylique, le chloral, etc., ont donné jusqu'à ce jour des résultats indiscutables; toutefois le rôle de ces divers corps n'ayant pas encore été bien établi, nous avons tenté, par une étude spéciale, de combler cette lacune.

Dans le but d'examiner l'action de l'alcool comme paralysant la décomposition du chloroforme, nous avons d'abord soumis à l'action de la lumière une série de chloroformes obtenus par les méthodes les plus connues et possédant un degré de pureté plus ou moins grand.

1° Chloroforme du chloral;

2° Chloroforme purifié par cristallisation ;

3° Chloroforme du commerce plusieurs fois rectifié et purifié par la potasse;

4° Chloroforme du commerce simplement distillé.

Les échantillons, au nombre de trente, ont été répartis dans des flacons en verre blanc de 200 cc.; d'autre part, les mêmes

expériences ont été faites sur une quantité égale d'échantillons, additionnés d'alcool éthylique.

L'exposition à la lumière a duré deux ans, période pendant laquelle il a été fait des prélèvements régulièrement espacés, soumis aussitôt à l'analyse comparative.

Les résultats de ces observations se résument ainsi :

1° Les chloroformes non additionnés d'alcool ont tous donné un mélange d'acide chlorhydrique libre et d'oxychlorure de carbone, après une période de trois mois (juillet, août, septembre). Au bout d'un an d'exposition, la quantité de ces impuretés a augmenté et a atteint 1 p. 100 du poids du chloroforme ;

2° Les mêmes chloroformes additionnés d'alcool éthylique, soumis à une épreuve absolument identique, ne subirent aucune altération, sauf les échantillons de chloroforme non rectifié, qui donnèrent une petite quantité d'acide chlorhydrique libre (0,1 à 0,4 p. 100);

3° Au bout de douze mois, aucun des chloroformes additionnés d'alcool ne contenait d'acide chloroxycarbonique, et leur aspect extérieur n'avait subi aucune modification. Cependant nous avons observé que, dans la plupart des échantillons examinés, le point de distillation subissait des perturbations notables. En fractionnant avec soin cette opération, et en séparant ce qui passe avant et après la température voisine de 61°, nous avons obtenu 2 à 5 p. 100 de produits qui ont été soumis à l'analyse.

Or, le dosage du chlore, aussi bien dans les produits qui ont passé avant le point de distillation du chloroforme que dans ceux qui ont distillé au-dessus de 61°, a démontré nettement que leur constitution ne peut plus concorder avec celle du chloroforme. D'autre part, les réactions effectuées sur ces combinaisons : réduction du nitrate d'argent, précipité avec l'eau d'aniline et formation d'éthylidène-aniline, réaction du bisulfite de rosalinine, ont caractérisé leur nature aldéhydique. Il a même été possible, dans plusieurs cas, d'isoler une petite quantité d'aldéhyde acétique.

En répétant des essais analogues sur des chloroformes qui

étaient additionnés seulement d'une quantité très faible d'alcool (1/4000 à 1/10000), nous avons encore constaté un retard de plusieurs jours sur l'apparition de l'acide chlorhydrique libre dans les chloroformes non additionnés d'alcool, mais finalement, après une période variable selon l'intensité de la lumière, on a pu y déceler, non seulement la présence de cet acide, mais aussi celle de l'acide chloroxycarbonique.

La constatation de ces résultats est d'une grande importance; car elle est de nature à nous renseigner sur le rôle joué par l'alcool éthylique dans le phénomène apparent du retard de la décomposition du chloroforme, même lorsque celui-ci n'en renferme qu'une quantité infime.

En effet, les résultats de nos expériences démontrent que l'alcool, à proprement parler, n'empêche pas le chloroforme de se décomposer; il ralentit seulement cette décomposition et fixe le chlore à l'état naissant en donnant, au lieu des acides chlorhydrique et chloroxycarbonique, des dérivés chlorés, qui n'ont aucun effet nuisible sur l'organisme.

La première phase de l'action du chlore est l'oxydation de l'alcool éthylique.

$$C^2H^5OH + 2Cl = CHO.CH^3 + 2HCl.$$

Or on sait d'autre part que l'aldéhyde acétique fixe le chlore avec une très grande facilité, pour arriver par étapes successives jusqu'à l'aldéhyde trichloré,

$$CCl^3CHO.$$

Les produits chlorés que nous avons retirés par distillation et présentant les caractères de combinaisons aldéhydiques ne sont autres que des acétals plus ou moins chlorés.

Quant à l'acide chlorhydrique formé au cours de ces diverses réactions, il s'éthérifie avec l'alcool lorsqu'il se trouve en excès, sinon on le trouve à l'état libre comme l'indiquent les expériences.

Si nous envisageons les poids moléculaires de l'alcool éthylique et des acétals chlorés, nous voyons que l'alcool peut absorber plus que son poids de chlore libre.

Pour interpréter cette observation, nous avons cherché à nous rendre compte de la quantité de chlore dégagée par le chloroforme en voie d'altération.

Le dosage du chlore libre des chloroformes altérés après six mois d'exposition à la lumière a donné les chiffres suivants :

	CHLORE LIBRE p. 1.000
1er Echantillon (24 mois).................	0.340
2e Echantillon (6 mois)..................	0.150
3e Echantillon (6 mois)..................	0.115

Ces chiffres démontrent que la dose de 1 cc. d'alcool éthylique suffit dans la plupart des cas pour fixer le chlore à l'état naissant.

Si la quantité d'alcool est insuffisante pour fixer la totalité du chlore dégagé, on trouve dans le chloroforme de l'acide chlorhydrique libre et de l'acide chloroxycarbonique.

C'est ce que nous avons constaté dans les chloroformes ne contenant que 1/10.000 d'alcool, ou dans certains chloroformes après 24 mois d'exposition à la lumière.

Le soufre, l'huile d'amandes douces ont évidemment des propriétés analogues à celles de l'alcool, et c'est en fixant le chlore que ces produits agissent comme paralysants, plutôt apparents, de la décomposition du chloroforme.

Les travaux dont nous venons de donner le résumé paraissent bien expliquer le rôle de l'alcool comme conservateur du chloroforme et justifient pleinement son emploi.

LITTÉRATURE MÉDICALE

I. — *Traité de toxicologie*, par le professeur LEWIN, de Berlin, traduit de l'allemand et annoté par le professeur G. POUCHET. Un fort vol. in-8 de 1000 pages, avec figures dans le texte. O. Doin, éditeur; prix 20 francs.

II. — *Formulaire thérapeutique*, par LYON et LOISEAU. Un vol. petit in-32 carré de 700 pages sur papier extra-mince. Masson, éditeur; prix 6 francs.

III. — *Hygiène alimentaire du nourrisson*, par E. MAUREL. Un vol. petit in-8 de 200 pages. O. Doin, éditeur.

IV. — *Photothérapie et photobiologie*, par MM. LEREDDE et PAUTRIER, avec préface du professeur FINSEN. Un vol. in-8 carré de 260 pages. C. Naud, éditeur.

V. — *Luchon médical et pittoresque*, par le Dr DOIT-LAMBRON. Un vol. cart. de 600 pages, avec cartes et gravures. O Doin, éditeur.

VI. — *Un bagne russe*, par PAUL LABBÉ. Un vol. in-16 illustré. Hachette, éditeur; prix 4 francs.

I. — Nous manquions en France de traité moderne de toxicologie, fait pour le médecin. Il existe bien un livre admirable, le mot n'est pas de trop : c'est le traité de M. Ogier, le si distingué chef du laboratoire à la préfecture de police, mais c'est un ouvrage exclusivement destiné à servir de guide au chimiste. Pour combler cette lacune, M. le professeur Pouchet, avec une rare modestie, a cru utile de faire profiter le lecteur français d'un remarquable ouvrage allemand, dû à la plume savante de son collègue M. Lewin, de Berlin. Mais une fois aux prises avec la traduction, M. Pouchet a voulu compléter l'ouvrage et c'est ainsi qu'en ajoutant en petits caractères ce qu'il appelle des *annotations*, le traducteur s'est trouvé faire un livre absolument nouveau, augmenté d'un bon tiers.

C'est là une œuvre de bénédictin, une de ces œuvres ingrates qui effrayeraient les plus aguerris ! Je ne crois pas qu'il soit pos-

sible de prendre l'auteur en défaut sur un seul point. Quel que soit le renseignement cherché, on peut être certain de le trouver, l'histoire toxique de tous les corps connus est décrite avec une netteté et une sûreté vraiment extraordinaires, de sorte que ce livre, qui, d'après le titre, semblerait uniquement destiné à instruire le médecin sur l'empoisonnement, se trouve en réalité former un merveilleux traité résumé de pharmacodynamie. A ce point de vue, c'est un ouvrage de bibliothèque de très haute valeur et nous ne doutons pas que son succès ne soit très grand, et ce sera justice, car les auteurs ont vraiment réalisé un monument digne des plus grands éloges, je n'hésite pas à le dire.

A. R.

II. — Avec le *Formulaire* de MM. Lyon et Loiseau, nous passons d'un extrême à l'autre : le livre de MM. Lewin et Pouchet se recommande naturellement par la compendiosité, si j'ose dire, des matériaux accumulés; celui de MM. Lyon et Loiseau, au contraire, en sa qualité de formulaire, c'est-à-dire de livre à consulter, exigeait la réduction à la plus simple expression. C'est à quoi les auteurs sont arrivés, sans cependant rien sacrifier, et l'ouvrage est véritablement intéressant à examiner, car il présente des côtés très nouveaux et originaux, ce qui est un tour de force pour un livre de ce genre.

Après un rapide exposé de l'art de formuler et des considérations sur les propriétés générales des médicaments, on trouve une liste alphabétique raisonnée de tous les médicaments; chacun d'eux est décrit en quelques lignes, tout ce qui n'est pas l'indispensable est supprimé, seulement quelques formules types, les doses et les indications résumées d'un trait. La typographie est excellente, les caractères nombreux et bien choisis, et d'un coup d'œil on peut trouver juste ce qu'il est nécessaire de savoir.

C'est là le formulaire proprement dit, qui forme exactement les deux tiers de l'ouvrage, puis viennent des renseignements bien classés sur la sérothérapie, l'opothérapie, le massage, l'électricité, le régime, l'hydrothérapie, les eaux minérales, etc. L'ou-

vrage se termine par un résumé de chimie clinique relatif aux urines, au sang et en un mot aux liquides divers dont la composition peut fournir des renseignements utiles au praticien.

Cette masse considérable de documents tient en 700 pages; mais, grâce au choix du papier, qui est d'une minceur extrême, tout en étant très résistant, cela ne fait pas un volume de plus de 18 millimètres d'épaisseur, sous la forme d'un élégant cartonnage qui peut tenir facilement dans la poche. Certainement, au point de vue librairie, c'est une forme idéale, pour un formulaire général.

G. B.

III. — M. Maurel a la spécialité des volumes d'hygiène vraiment topiques et marqués au bon coin de la pratique. Ses innombrables travaux sur le régime sont toujours en avance de quelques années sur la science appliquée. On trouvera dans l'*Hygiène du nourrisson* la mise au point d'une question depuis longtemps mûre, et les prescriptions si topiques, si vraies de M. Maurel peuvent servir de guide sûr pour le régime des petits enfants. On y verra les graves inconvénients de la suralimentation, comment les plus tristes erreurs sont trop souvent commises. Tout cela est résumé dans des conclusions très positives préalablement expliquées de la manière la plus convaincante, et dans des tableaux solidement établis qui peuvent rendre les plus grands services ; c'est un bon livre et surtout un livre utile et susceptible de rendre de grands services.

G. B.

IV. — Le livre présenté par MM. Leredde et Pautrier est assurément l'un des plus originaux qu'on puisse en ce moment trouver, puisqu'il s'agit d'un procédé à peine vulgarisé de thérapeutique. Il a de plus la bonne fortune d'avoir été écrit par deux auteurs extrêmement compétents sur la question qu'ils ont traitée : ce n'est donc pas seulement de la vulgarisation, c'est l'expression d'une expérience personnelle et fortement documentée. On sait en effet que M. Leredde a créé à Paris un service particulier de maladies

de la peau, organisé de manière à remplir tous les desiderata d'une pareille organisation, profitant de ce qui avait été fait par Unna à Hambourg et faisant ainsi profiter notre pays des progrès réalisés à l'étranger. Un des premiers soins de M. Leredde a été d'installer une salle de photothérapie d'après la méthode de Finsen et par conséquent il a pu, aussi bien que son collaborateur et assistant M. Pautrier, étudier longuement et sûrement les effets de ce traitement, si intéressants par les résultats qu'il a fournis dans le traitement des affections de la peau, et notamment du lupus, cette maladie si redoutable et si décevante.

Mais l'ouvrage a une autre importance que celle d'un simple manuel raisonné de photothérapie, il présente en même temps des considérations très intéressantes sur la photobiologie, sur l'action de la lumière sur les êtres organisés. A ce point de vue, les auteurs fournissent un coup d'œil des plus utiles sur une question encore inconnue, et c'est là ce qui permet d'affirmer qu'ils ont fait à la bibliothèque médicale un présent de haute valeur.

A. R.

V. — Voici un très utile ouvrage, non pas, comme on pourrait le croire à première vue, un simple livre descriptif d'une ville d'eaux, mais au contraire un véritable ouvrage de librairie, destiné à fournir au lecteur, médecin, baigneur et même alpiniste, de très précieux détails sur la partie centrale des Pyrénées. Certes, et avec raison, l'auteur a consacré aux eaux et aux établissements thermaux de Luchon toute la part qu'ils méritent, mais il a considérablement étendu le champ de son travail. Du reste il suffit, pour appuyer notre opinion, de signaler que l'auteur, neveu du Dr Lambron, le découvreur de Luchon et l'un des plus savants auteurs qui ont écrit sur les Pyrénées, a modernisé et mis au point le bel ouvrage écrit il y a quelque trente ou quarante ans par son oncle. Le vieil ouvrage de Lambron fait encore aujourd'hui autorité pour les géographes et les ingénieurs qui étudient la région montagneuse des Hautes-Pyrénées.

M. Doit-Lambron a donc rendu un vrai et signalé service en nous fournissant une édition nouvelle de cette belle et consciencieuse étude.

VI. — Un mot seulement pour signaler à l'attention ce volume si intéressant, quoiqu'il sorte du cadre médical. M. Paul Labbé est un explorateur qui a passé des années en Sibérie; conférencier émérite, il a raconté un peu partout ses voyages, avec un humour que ses auditeurs apprécient fort. Son style rapide et très personnel se ressent de ce don oratoire, car les livres de ce genre se lisent avec une facilité remarquable. Je suis certain que les lecteurs qui suivront mon conseil ne me le reprocheront pas ensuite.

G. B.

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Maladies des voies respiratoires.

Traitement des vomissements des phtisiques. — M. Pegurier (de Nice) donne les indications principales :

1° Calmer l'excitabilité de la muqueuse gastrique;

2° Atténuer l'état d'irritation qui entretient ou provoque cette excitabilité.

1° L'hyperexcitabilité de la muqueuse est calmée par le *froid* (petits morceaux de glace avalés après le repas), ou par l'administration de certaines substances anesthésiques (*eau chloroformée*, *bromoformée*, *champagne glacé*, *eau oxygénée*, etc.).

Voici une formule d'eau chloroformée (une à deux cuillerées à soupe après chaque repas) :

Eau chloroformée saturée............	ââ 250 gr.
— de fleurs d'oranger.............	

On peut employer encore la potion suivante de Mathieu dans le même but :

Menthol	0 gr. 20
Julep gommeux	150 »

Deux à quatre cuillerées à soupe, espacées, après le repas ;

2° L'irritation de voisinage, qui met en jeu l'intolérance gastrique, doit aussi être recherchée et traitée (complications de nature tuberculeuse occupant l'arrière-gorge, le pharynx ou l'épiglotte). En dehors du traitement curatif dont nous n'avons pas à nous occuper en ce moment, il y a le traitement palliatif par l'anesthésie locale, et on obtient celle-ci par des badigeonnages :

1° Bromure de potassium	3 gr.
Glycérine	30 »

Un badigeonnage pharyngé avant chaque repas.

2° Chlorhydrate de cocaïne	2 gr.
Eau	100 »

Badigeonner le pharynx au moment présumé du vomissement.

3° Diiodoforme	8 gr.
Chlorhydrate de cocaïne	0 » 08
— de morphine	0 » 04

Pour insufflations (ce traitement a également l'avantage d'agir sur les lésions).

. Maladies du tube digestif et de ses annexes.

Traitement du choléra infantile. — Dans sa thèse, M. Pierre Mir, après avoir critiqué l'emploi de l'opium dans la période aiguë, rappelle que certains auteurs, et MM. Despine et Picot en particulier, pensent que les opiacés sont indiqués au bout de quelques jours, quand les selles deviennent fréquentes et très liquides.

Il ne faut pas, selon eux, être trop craintif dans l'emploi de l'opium, mais, en le donnant, surveiller attentivement son entrée

et l'administrer à doses fractionnées. Le collapsus lui-même ne serait pas une contre-indication.

Ces auteurs l'associent quelquefois aux acides chlorhydrique ou lactique, suivant la formule suivante :

Elixir parégorique		X gouttes.
Sucre de lait	ââ	5 gr.
Alcool de mélisse	ââ	5 gr.
Acide lactique		1 gr.
Infusion de thé		100 »

Par cuillerées à café toutes les demi-heures (à surveiller) pour un enfant de six à quatorze mois.

Ajoutons que, dans son étude, M. Mir conclut que, de tous les médicaments chimiques, aucun ne doit être employé pendant toute la phase aiguë du choléra et que, pendant toute cette période, le seul traitement à employer, c'est la diète hydrique associée à la balnéothérapie et aux injections de sérum.

Maladies de la nutrition.

Traitement du rhumatisme noueux. — Employer la teinture d'iode qui assurera le succès si l'estomac la supporte. Commencer par III, IV ou V gouttes du mélange suivant dans un verre d'eau au moment des trois repas :

Teinture d'iode	25 gr.
Iodure de potassium	5 »

Et augmenter de I goutte par jour jusqu'au chiffre de X gouttes chaque fois, ce qui fait un total de XXX gouttes par vingt-quatre heures. Continuer un mois.

Si la teinture d'iode n'est pas tolérée, la remplacer par l'iodure de potassium qu'on pourrait associer à l'arséniate de soude :

Arséniate de soude	0 gr. 05
Iodure de potassium	8 »
Eau distillée	300 »

Une cuillerée avant déjeuner et dîner.

Ce traitement est continué un mois. Les quinze jours suivants, on administre des strychniques ou les glycérophosphates comme toniques, car les malades sont souvent affaiblis et anémiés :

Teinture chardon bénit		10 gr.
— fèves Saint-Ignace	ââ	5 »
— de noix vomique		

VIII gouttes avant déjeuner et dîner dans un peu d'eau.

Ou bien :

Sulfate de strychnine	0 gr. 02
Brucine	0 » 01
Sirop de menthe	100 »
Eau distillée	200 »

Une cuillerée à déjeuner et à dîner.

Les glycérophosphates seront alternés avec les strychniques :

Glycérophosphate de chaux	0 gr. 30
— de magnésie	0 » 15

Pour un cachet, faire cachet n° 30. — Un avant les repas.

Au bout de quinze jours de cette médication, on revient à la teinture d'iode pendant un mois.

A côté de la teinture d'iode, la médication la plus active consiste dans l'emploi des bains de sable. Deux baquets de sable sont chauffés au four : quand le sable sera refroidi aux environs de 50°, le malade y plongera ses mains et ses pieds pendant vingt minutes, matin et soir. A la sortie, il pratiquera un massage sur les articulations douloureuses avec la pommade suivante :

Vaseline	ââ 20 gr.
Lanoline	
Teinture thébaïque	ââ 5 gr.
— de noix vomique	

Les bains d'air chaud rendront des services moindres.

Dans la clientèle aisée, les malades pourront être envoyés aux boues végéto-minérales chaudes de Dax, Saint-Amand, Delarue. (*Journ. des prat.*, 9 août 1902.)

Maladies de la peau.

Traitement de l'acné légère de la face. — Pour M. Leredde, des moyens très simples suffisent souvent pour améliorer l'acné légère de la face, celle qu'on observe chez les jeunes filles et chez les jeunes femmes.

L'eau chaude est souvent utile chez les acnéiques, peut-être parce qu'elle facilite le nettoyage des graisses accumulées à la surface de la peau, peut-être parce qu'elle excite une circulation souvent ralentie, peut-être pour les deux raisons. On lavera la figure le matin et le soir avec de l'ouate hydrophile et de l'eau aussi chaude qu'elle peut la supporter. Mais, presque toujours, il faut compliquer un peu plus le traitement local. On peut recommander les lotions boratées ou bicarbonatées sodiques chaudes (3 p. 100 en moyenne) répétées le matin et le soir, les lotions alcooliques additionnées d'acide salicylique (2-4 p. 100), de résorcine (2 p. 100), ou même de sublimé ou de cyanure de mercure.

Eau de Cologne ou alcool à 90°........	1.000 gr.
Sublimé............................	1 à 2 »

Après ces lotions, il sera utile de graisser très légèrement la peau avec une crème telle que la suivante :

Lanoline anhydre........................	10 gr.
Eau..................................	20 »
Eau de roses..........................	5 »

On peut encore recommander les badigeonnages avec une solution d'ichtyol, aqueuse (5-10 p. 100) ou hydro-alcoolique (ces badigeonnages devront être précédés d'un dégraissage superficiel par l'alcool).

Hygiène.

Boisson hygiénique mousseuse. — Voici la formule d'une boisson fermentée, donnée par M. Labesse, simple à exécuter et qui donne un petit champagne ne titrant pas plus de 1° p. 100,

très agréable au palais et en même temps doué des propriétés rafraîchissantes et stimulantes de l'acide carbonique.

Prenez un petit fût de 60 litres environ, élargissez-en l'ouverture de la bonde de façon à en faire un orifice ayant environ dix centimètres de diamètre; vous remplissez d'eau, en laissant, cependant, place à environ deux litres de liquide. Ajoutez un demi-litre à peine de bon vinaigre. D'autre part, dans un carré de mousseline ou de gaze mettez en les mélangeant 1 kil. 750 de sucre cristallisé et 40 grammes de fleurs sèches de sureau. Faites-en un nouet que vous introduisez dans le fût et que vous suspendez de façon à le maintenir totalement baigné, mais seulement dans la partie supérieure du liquide.

Au bout de cinq à six jours, retirez le nouet, agitez le liquide avec un bâton; laisser reposer un jour et mettez en bouteilles. Il faut avoir soin de laisser les bouteilles debout.

Suivant la température, la fermentation s'établit assez vite et ferait casser les bouteilles si elles étaient couchées.

Il faut en moyenne attendre huit jours, après la mise en bouteille, pour que la fermentation soit complète, et que la boisson soit par conséquent bonne à consommer.

Ainsi donc, en résumé, il faut par 10 litres en chiffres ronds :

Sucre cristallisé........................	300 gr.
Fleurs sèches de sureau................	7 »
Vinaigre de vin........................	75 »

Cette boisson, outre sa qualité, a l'immense avantage de revenir à moins de 0 fr. 04 c. le litre.

FORMULAIRE

Les tænicides chez les enfants.

La veille du jour où sera donné le tænifuge, l'enfant sera mis au régime lacté. Le lendemain matin, au réveil, le tænifuge. Deux heures après, 15 à 20 grammes d'huile de ricin. L'enfant ira à la garde-robe sur un vase empli d'eau tiède jusqu'aux bords.

Comme tænifuge :

Extrait éthéré de fougère mâle.........	ââ 4 gr.
Gomme arabique pulv.................	
Sirop éther..........................	40 »
Eau distillée de menthe................	100 »

A prendre en une ou deux fois.

Poudre de fleurs de kousso......	10 gr.	à 15 gr.
Sucre.........................	20 »	30 »

Sous forme de granules sucrés.

L'écorce fraîche de racine de grenadier a fourni un nombre de succès :

Ecorce racine de grenadier...... 40 gr. à 50 gr.

Faire macérer douze heures. Faire bouillir ensuite; réduire à 200 grammes. Passer et ajouter :

Sirop d'éther.........................	ââ 40 gr.
Sirop menthe........................	

A prendre le matin à jeun.

Si l'écorce de grenadier n'est pas fraîche, mieux vaut s'en tenir à l'extrait éthéré de fougère mâle.

L'Administrateur-Gérant : O. DOIN.

Imp. F. Levé, 17, rue Cassette. — Paris-6e Arrt.

BULLETIN



Inauguration des nouveaux Thermes de Vichy. — Le record pour l'absorption de l'alcool. — Protection de l'enfance. — Les fumées de Londres. — La couleur des bébés nègres. — Contre la dépopulation. — La petite vérole noire à Metz.

Comme nous l'avons annoncé dans notre dernier numéro, les nouveaux Thermes de Vichy ont été inaugurés dimanche 31 mai, sous la présidence de M. Maruéjouls, ministre des Travaux publics. Un nombre considérable de médecins (plus de cinq cents) avait répondu à l'invitation qui leur avait été faite. Pour résumer l'impression générale, nous ne saurions mieux faire que de reproduire le discours prononcé par M. Albert Robin, qui a parlé au nom des médecins invités à l'inauguration et qui exprime admirablement l'impression générale, qui a été excellente :

« Messieurs,

« Avant de nous séparer, je veux adresser à la Compagnie fermière de Vichy, au nom de mes confrères, tous nos remerciements pour la splendide et cordiale réception qu'elle nous a faite et lui apporter en même temps le tribut de nos sincères et, permettez-moi d'ajouter, de nos plus vives félicitations.

« On nous a dit, quand nous avons quitté Paris : « Vous allez voir de fort belles choses ! » Notre attente a été dépassée...

« Nous sommes venus, nous avons vu et nous admirons sans réserve.

« Vous n'avez plus rien à envier aux villes d'eaux étrangères, si vantées et si glorieuses d'elles-mêmes, car vous avez fait de Vichy la première station du monde !

« La Compagnie fermière a donné là une magnifique et profitable leçon de chose et toutes les stations thermales qui voudront

se hausser au niveau du progrès viendront étudier et prendre modèle sur ce que vous avez su réaliser.

« La Compagnie fermière a bien mérité de la science hydrologique en créant des installations et une instrumentation thérapeutiques sans rivales Elle a bien mérité de la France entière, car elle contribuera à accroître la fortune publique en attirant sur notre sol la clientèle étrangère qui ne saurait trouver nulle part plus de confort, ni un corps médical plus éclairé.

« Nous apprécions à sa juste et très haute valeur l'effort considérable qui a été fait par la Compagnie de Vichy, et nous buvons au développement continu de sa prospérité qui ne saurait manquer de rejaillir sur l'hydrologie française tout entière. »

⁂

Ce ne serait plus Cherbourg qui détiendrait le record pour l'absorption de l'alcool en France, mais la commune de Gouville, près Coutances. Plus de 40.000 francs de droits sur les alcools ont été acquittés l'année dernière par ses 1.671 habitants. Cette somme correspond à 182 hectolitres d'alcool pur.



Le Conseil général de l'Ardèche vient d'adopter, sur la proposition de M. de Gailhard-Bancel, député, un vœu demandant la création de dépôts de lait stérilisé dans les principales gares d'embranchement, à l'usage des nourrissons de l'Assistance publique envoyés dans les départements par les hospices de Lyon et de Marseille.



M. Shaw a fourni au Congrès sanitaire de Manchester quelques chiffres intéressants sur l'*enfumage* croissant de Londres.

Chaque jour, en hiver, les 600.000 maisons de la capitale jettent, dans l'atmosphère, 5 millions de tonnes d'air chargé de

fumée et, en comptant les usines, plus de 6 millions de tonnes.

Le poids de suie ainsi versé dans l'atmosphère londonienne est de 300 tonnes par jour.

A cause de sa fumée, Londres perd un sixième de sa lumière solaire pendant l'été et la moitié pendant l'hiver.

A Paris, nous n'en sommes pas encore là, mais cela ne tardera guère.



Un médecin allemand, après un séjour de plusieurs années à Klein-Popo, dans le Togoland africain, a pu se rendre compte que le petit nègre est, en naissant, de la même couleur que n'importe quel enfant européen. Au bout de deux ou trois jours environ, sa peau prend une teinte légèrement foncée, presque lilas ; dix jours après, elle devient marron clair, et reste assez longtemps de cette couleur. Ce n'est guère que trois ou quatre mois plus tard que la peau devient complètement noire.



On a proposé une foule de moyens pour combattre la dépopulation. Il en est un qui mériterait d'être pris en sérieuse considération et dont l'avantage serait déjà de modifier le jeu du suffrage universel. Il consisterait à donner au père de famille, dans les élections, autant de voix qu'il aurait d'enfants mineurs. Et M. Leneveu (de Trouville) qui a émis cette idée y tient d'autant plus que cela ne coûterait rien à l'Etat; que c'est bien démocratique; que dans la lutte sociale et politique, dorénavant âpre et fatale, ce serait une arme de résistance et même de domination pour la classe de la société qui ne voudrait pas se laisser absorber par sa rivale; que ce serait juste et judicieux.



La petite vérole noire a fait, semble-t-il, son apparition à Metz.

Elle aurait été constatée, dit l'*Aurore*, dans le centre industriel de Moygeuvre-Grande. La police allemande a aussitôt pris une mesure radicale. Elle a fait fermer toutes les issues de la maison infectée et y a enfermé trente-deux Italiens qui l'occupaient, en leur interdisant toute espèce de communication. On leur fait passer leur nourriture par une fenêtre à l'aide de longues perches. Les maisons voisines ont été évacuées et leurs habitants ont été parqués dans des terrains isolés. Malgré ces précautions, on signale déjà de nombreux décès.

HOPITAL DE LA PITIÉ

Leçons de clinique thérapeutique,

par M. LEREDDE.

Sur un cas d'acné rosée de la face et sur un cas de syphilis de la peau.

I

Le malade que je vous présente — qui est entré dans le service pour une bronchite chronique de date ancienne — offre sur la figure des lésions dont le diagnostic à première vue n'est pas difficile. On constate d'abord une rougeur générale prédominant sur les joues au voisinage du nez et sur le nez lui-même. Sur ce fond érythémateux, on constate également la présence de nodosités dont la plupart pré-

sentent à leur sommet soit une pustule, soit une croûte à laquelle a abouti la pustule. Il est important de noter que ces nodosités sont disséminées d'une manière irrégulière, qu'elles ne sont groupées en aucun point à la manière des lésions syphilitiques; ajoutons que les plus importantes, les plus volumineuses, se trouvent au centre des foyers malades et non à la périphérie.

Le diagnostic d'acné s'impose d'une manière presque absolue; cependant je vous ferai remarquer que, dans certains cas de ce genre, on doit aujourd'hui penser à une affection fréquemment méconnue. Je veux parler des tuberculides ou angiodermites tuberculeuses ; ce sont des lésions d'origine tuberculeuse qui évoluent de la profondeur vers la surface de la peau et guérissent individuellement en laissant une cicatrice : quelquefois au sommet, on constate une pustule. Ces lésions, dont l'origine bacillaire est aujourd'hui admise par les dermatologistes français, ont été décrites sous les noms d'acnitis, de folliclis, de folliculites tuberculeuses; elles offrent des rapports extrêmement intimes avec le lupus érythémateux. En général, elles atteignent les membres et très exceptionnellement elles atteignent la face d'une manière exclusive.

Dans un cas du genre de celui que nous observons, le diagnostic précis ne pourrait se faire, — étant donné le caractère acnéique des lésions — que par l'examen histologique. Mais il n'est même pas nécessaire d'y avoir recours; il suffit d'admettre que le malade est atteint d'acné rosée, de le traiter avec une énergie suffisante, et si, comme je le crois, il ne s'agit pas de tuberculides, la guérison ne sera pas difficile à obtenir.

Le traitement de l'acné — comme celui de toutes les dermatoses — comporte deux questions : celle du traitement

général et celle du traitement local. Je n'insisterai pas, dans ce cas particulier, sur le traitement général.

Mon maître, M. Albert Robin, vous a souvent parlé de l'importance que présentent dans les maladies de peau les fermentations gastriques qui sont souvent, comme lui et moi l'avons établi, des fermentations latentes.

Il vous a souvent indiqué la nécessité de traiter les malades comme atteints de fermentations sans même faire l'examen du chimisme, parce que la présence de lésions cutanées suffit à permettre d'affirmer l'existence de troubles gastriques. Il en est ainsi dans le cas présent. Autrefois on admettait bien que l'acné est souvent due à des troubles gastriques, mais comme on ignorait les dyspepsies de fermentations latentes, on ne pensait pas que l'acné fut toujours liée à ces fermentations. Aujourd'hui, il en est autrement, et chez ce malade qui ne se plaint pas de son estomac, nous pouvons affirmer l'existence de troubles gastriques et diriger le traitement général en conséquence, en réglant le régime et en donnant soit du fluorure d'ammonium, soit du soufre ioduré à la fin des repas.

Je désire surtout insister, à propos de ce cas, sur le traiment local.

Le traitement de l'acné a une grosse importance au point de vue pratique et je puis vous affirmer qu'il est bien peu de cas qui résistent à une thérapeutique maniée avec tact et énergie. Ce qui la rend difficile, c'est la nécessité de tenir compte de l'intensité de l'acné, de la profondeur des lésions et, d'autre part, de l'état de susceptibilité et de tolérance de la peau. Il est bien certain que chez une femme, chez une jeune fille, on ne peut, en général, faire un traitement aussi énergique que chez un jeune homme et surtout que chez un homme adulte. Le traitement des lésions de la face est

également toujours plus délicat que celui des lésions du dos, mais, cela dit, je considère qu'on doit toujours chercher à agir réellement, à modifier profondément la peau, en se tenant à la limite de la tolérance individuelle du tégument chez un malade.

Je ne puis vous exposer complètement toute la thérapeutique locale de l'acné ; ce qui importe, du reste, ce n'est pas de connaître un très grand nombre de médicaments, mais bien de savoir en manier quelques-uns.

Vous savez que le soufre est de tous les agents réducteurs le plus employé chez les acnéiques. Quand on le manie avec adresse, on obtient d'excellents résultats. Manié à doses fortes, le soufre peut être irritant pour la peau, mais il est surtout irritant lorsqu'on l'associe à des graisses, lorsqu'on emploie des pommades soufrées. Ceci me conduit à faire une digression et à vous exposer quelques notions qui ne sont pas classiques et qui sont d'un intérêt considérable au point de vue pratique.

Les graisses congestionnent la peau, empêchent la perspiration cutanée, gênent les éliminations physiologiques. Il est, au contraire, des préparations qui ont pour effet de décongestionner la peau, de faciliter l'élimination des déchets cutanés, d'augmenter la perspiration : je veux parler des pâtes. Ce qu'on appelle une pâte est un mélange de graisse et de poudre en quantité telle, que le mélange ait une consistance ferme. C'est ainsi qu'un mélange à parties égales de vaseline et d'oxyde de zinc constituera une pâte ; de même, un mélange de vaseline et de soufre à parties égales constituera aussi une pâte.

Il se trouve que lorsqu'on emploie le soufre en pommade à la dose de 5 ou 10 p. 100, on produit avec la plus grande facilité de l'irritation de la peau. Je ne vous conseille pas,

par exemple, d'employer la pommade soufrée à 10 p. 100 sur la figure d'une jeune femme, si vous n'avez pas auparavant tâté de très près la sensibilité de celle-ci. Au contraire, en pâte, le soufre est très bien toléré à ces doses et est toléré à des doses même plus fortes. C'est donc toujours sous forme de pâte qu'on l'emploiera chez les acnéiques, sauf exception et dans des cas où l'on sera assuré que la peau a une tolérance parfaite.

Chez le malade actuel nous n'aurons guère à nous préoccuper de la question de la sensibilité de la peau. Le malade est un manouvrier qui a vécu au grand air et qui a certainement une peau solide; nous pourrons lui appliquer d'emblée une pâte telle que la suivante :

Soufre précipité..........................	6 gr.
Oxyde de zinc..............................	4 »
Terre fossile..............................	2 »
Axonge benzoïnée.......................	28 »

mélange qui constitue une pâte soufrée en raison de la présence de la terre fossile qui est extrêmement absorbante.

Si vous voulez avoir une action plus profonde, vous pouvez, avant d'appliquer la pâte soufrée le soir, faire des savonnages ou des dégraissages de la figure.

Si vous voulez augmenter l'action de la pâte soufrée, vous pourrez également ajouter à votre préparation des agents qui pénètrent profondément la couche cornée, par exemple de l'acide salicylique à la dose de 1 ou 2 p. 100 ou du savon noir à la dose de 5 et même 10 p. 100.

Ces pommades sont laissées en place toute la nuit; le matin on les enlève avec de la vaseline, on essuie et on poudre la peau avec une poudre fine quelconque. Dans ces conditions, chez un malade de ce genre, au bout de quelques jours on doit avoir une amélioration et si elle ne se produi-

sait pas, c'est que l'énergie du traitement aurait été insuffisante, il faudrait donc le rendre plus énergique en augmentant la dose des substances actives contenues dans la pâte ou en faisant même une cure d'exfoliation.

Sous le nom de « méthode exfoliante », je comprends une série de procédés dans lesquels on applique sur la peau les substances kératolytiques et réductrices à doses fortes, de manière à produire une réaction inflammatoire aiguë de la peau. Les applications sont faites pendant un temps limité.

Les jours qui suivent l'application, on observe d'abord de la rougeur, du gonflement, puis une desquamation en nappe, etc., dans beaucoup de cas une véritable rénovation de la peau. La méthode exfoliante constitue un procédé de toilette profonde. Chez les acnéiques elle donne des résultats remarquables, je l'emploie dans les trois quarts des cas d'acné. Tous les huit jours, par exemple, je fais appliquer sur la peau pendant un quart d'heure, vingt-cinq minutes, une couche de pâte résorcinée de Unna :

Axonge benzoïnée........................	28 gr.
Terre fossile...........................	2 »
Oxyde de zinc...........................	10 »
Résorcine...............................	40 »

Les propriétés de cette pâte seraient réellement caustiques si on la laissait appliquée un temps trop long, mais en ne la laissant qu'un temps limité sur la peau, on produit, mieux peut-être qu'avec aucune autre, une exfoliation sans danger réel à la condition toutefois que la préparation soit appliquée par le médecin et que les effets du traitement soient surveillés par lui. Dans ma maison de santé, je prescris aux malades de venir tous les huit jours pour suivre le traitement. La première application est courte — je puis

ainsi me rendre compte de la réaction qu'elle détermine — les applications suivantes sont de plus en plus longues ; en général en cinq ou six applications le nettoyage de la peau est fait.

Chez le malade que je vous présente, nous pouvons employer soit le traitement soufré, soit l'exfoliation ; dans les deux cas, je pense que le résultat sera très bon et même en peu de temps (1).

II

Le deuxième malade que je vous présente est atteint de lésions de la peau dont le diagnostic n'est pas difficile pour un médecin qui a un peu d'expérience de la syphilis.

Sur le corps, les lésions sont développées surtout au niveau des cuisses. Elles sont plus marquées à gauche qu'à droite, on constate des groupes de saillies en forme de dômes voisines les unes des autres qui, en certains points, se confondent presque complètement, qui, en d'autres, s'associent avec une certaine régularité. Elles ont une couleur rosée qui n'a rien de particulier et qui appartient à bien d'autres éruptions spécifiques.

Lorsqu'on touche les lésions du doigt, on constate l'existence d'une infiltration extrêmement marquée ; elles pénètrent profondément le derme et résistent à la pression digitale. Dans les points où les nodules se confondent, on constate une infiltration beaucoup plus marquée.

Ce sont, en somme, des types de tubercules syphilitiques caractérisés par l'infiltration cutanée, la dureté, le groupe-

(1) Le malade a été représenté quinze jours après dans un état de guérison presque complet, sans aucune nodosité acnéique, il restait simplement de la rougeur de la face.

ment des lésions, vous pouvez même voir, dans certains points, les lésions dessiner des arcs de cercle.

Aucune affection cutanée ne peut être confondue avec celle-ci. Il ne s'agit pas de tuberculose cutanée — la tuberculose ne détermine jamais de nodosités ayant cette dureté et ce volume — il ne s'agit pas d'érythème polymorphe, et en particulier d'érythème noueux, — les lésions d'érythème noueux sont des lésions à évolution aiguë qui se développent isolées les unes des autres, au niveau des membres inférieurs, qui jamais ne se groupent d'une façon limitée sur certains points.

Il est assez difficile d'obtenir du malade des renseignement sur l'évolution de la syphilis. Il ne se rappelle pas avoir eu un chancre et, à vrai dire, on n'en trouve pas de traces — tout au plus peut-on noter qu'il existe à l'extrémité du fourreau sur la verge une zone pigmentée sans caractères précis.

Au niveau de l'aine, à gauche, on trouve une ouverture correspondant à une infiltration dure; en pressant à ce niveau, on fait sortir un peu de pus séreux. Il y a quelques jours la suppuration était très marquée, la lésion était douloureuse et il s'agissait, en toute probabilité, d'un bubon vulgaire consécutif à un chancre mou; ce chancre mou dont nous ne trouvons pas de traces a-t-il été indépendant du chancre qui a été l'origine de la syphilis? Nous ne pouvons le savoir.

Je n'insiste pas sur la présence d'autres lésions syphilitiques; par exemple, on constate sur le gland des papules qui s'érodent à leur surface comme des plaques muqueuses; on constate sur les bras des lésions groupées ayant à peu près les mêmes caractères que les lésions des membres inférieurs.

J'ai hâte de vous parler du traitement qu'il faut faire chez un malade de ce genre atteint d'une syphilis récente, car — malgré la présence de tubercules au niveau des membres inférieurs — la dissémination des lésions sur le corps, la présence des papules érosives au niveau de la verge permettent d'affirmer que l'affection n'est pas de date bien éloignée.

Le malade n'a jamais été traité pour la syphilis, et nous avons à régler chez lui le traitement présent et le traitement futur. Nous devons faire disparaître la lésion actuelle, et nous devons — dans la mesure possible — éviter l'apparition ultérieure d'autres accidents.

Ceci m'amène à dire quelques mots d'une question fondamentale : Qu'y a-t-il de réel dans l'action préventive du mercure? Vous savez que certains auteurs l'affirment, que certains autres la nient et, comme toujours en médecine, nous sommes amenés à nous décider, d'après l'autorité des uns ou des autres, sans avoir toujours le moyen de savoir qui a réellement raison. Je vous dirai que, pour ma part, j'ai étudié la question de près avec le désir de me faire une conviction personnelle, et que je n'en ai pas encore à l'heure actuelle de bien arrêtée.

Il me semble que le mercure a une action préventive à courte échéance, ce qui veut dire qu'en général, après un traitement mercuriel sérieux, de nouveaux accidents ne surviennent pas à bref délai ; ceci s'explique pour moi assez facilement. Les lésions syphilitiques ont une évolution lente, elles ont une phase histologique avant d'avoir une phase clinique, et lorsque vous donnez le traitement mercuriel, vous guérissez non seulement les lésions que vous voyez, que vous connaissez, mais vous pouvez guérir même des lésions qui ne sont pas encore apparues.

L'action préventive à longue échéance est beaucoup plus douteuse, il faut reconnaître du reste qu'il est très difficile d'en établir la réalité. Toutefois, je crois que la discussion sur ce point ne mérite peut-être pas d'être poursuivie indéfiniment sur les bases actuelles, car on peut se demander s'il ne suffit pas de résoudre le problème au point de vue pratique.

Le traitement mercuriel n'est pas un traitement dangereux lorsqu'il est bien manié. Nous ne sommes plus à l'époque où on intoxiquait le malade par le mercure, nous sommes même arrivés à ne plus oser, dans beaucoup de cas, manier le mercure à doses suffisantes. Eh bien, agissons comme si l'action préventive existait, traitons nos malades d'une manière régulière et disons-nous que si, à la rigueur, le mercure n'avait pas d'action préventive à longue distance, il n'y aurait pas à cela pour le malade d'inconvénient réel alors qu'il y aurait peut-être danger à ne pas le traiter si l'action préventive existait.

S'il est un cas dans lequel on doit rechercher l'action préventive, c'est bien celui de la syphilis récente. Au moment où l'infection syphilitique est en activité, il y a lieu de lutter non seulement contre la lésion cutanée, mais, ce qui est bien plus important à vrai dire, contre les lésions vasculaires et les lésions viscérales si faibles soient-elles.

Il y a donc toutes raisons de faire un traitement à titre préventif et de le faire d'une manière énergique.

Vous connaissez déjà les idées que j'ai eu l'honneur d'exposer ici même sur le traitement mercuriel. Depuis un an les recherches que j'ai faites sur ce sujet m'ont montré que dans ce traitement la question de dose avait une importance qu'on n'avait pas soupçonnée en général et qu'il est nécessaire non seulement de donner du mercure aux syphi-

litiques, mais encore, dans beaucoup de cas, de peser le mercure que l'on donne.

Il y a une série d'affections que l'on a appelées affections « parasyphilitiques » qui semblent devoir guérir peut-être régulièrement lorsqu'on manie le mercure de la manière la plus énergique à la *limite de la tolérance de l'organisme*. Je considère, et je ne suis pas du reste seul de cet avis, que chez les syphilitiques récents on doit faire également un traitement très énergique, ce que j'appelle le traitement mercuriel intensif.

Chez un malade comme celui-ci nous n'emploierons pas les frictions mercurielles. Je crois, et j'ai écrit, qu'on doit renoncer aux frictions dans les syphilis qu'on veut traiter d'une manière très active ; elles ont été autrefois le mode de traitement le plus énergique de la syphilis, mais elles ne le sont plus à l'heure actuelle. On ne sait, avec les frictions, combien on introduit de mercure dans l'organisme : souvent on en introduit trop peu, quelquefois on en introduit trop.

Il est essentiel, lorsqu'on fait un traitement énergique, d'introduire tous les jours une dose élevée et la même dans les tissus : c'est pour cela que je considère que le traitement mercuriel intensif doit être fait de préférence sous forme d'injections et surtout sous forme d'injections solubles, lorsque le malade peut être suivi par le médecin ou doit l'être, ce qui est toujours le cas dans une syphilis grave.

Le malade que je vous ai présenté étant à l'hôpital, il sera facile de lui faire le traitement par injections solubles, et je crois qu'il y aura lieu, chez lui, d'employer les injections de biiodure en solution aqueuse, ou de benzoate à la dose de 0 gr. 04 par jour. Cette dose constitue pour moi la dose la plus faible que l'on doive employer dans le traitement mercuriel intensif chez l'adulte ; il faut savoir que, assez souvent,

on peut employer des doses plus fortes, 5, 6, 7 et même 8 centigrammes par jour; toutefois on ne peut le faire qu'en tâtant la sensibilité de l'organisme d'une manière progressive pour éviter les accidents dus au mercure, et chez le malade que nous avons à soigner en ce moment il n'y a pas lieu de faire le traitement avec la même énergie qu'on le ferait chez un paralytique général.

Si, comme il est infiniment probable, le malade supporte sans inconvénient des doses de 0 gr. 04 de benzoate ou de biiodure, vous assisterez à une transformation extrêmement rapide des lésions et à leur guérison dans un laps de temps extrêmement court.

REVUE DES THÈSES

par Mme DURDAN-LABORIE

Thérapeutique générale

290. — *Le végétarisme, étude critique, indications thérapeutiques.*
317. — *Contribution à l'étude du rhumatisme pleural.*
352. — *Du traitement médical de la péritonite tuberculeuse.*
565. — *Essai sur la gangrène pulmonaire.*
514. — *Traitement des pleurésies à répétition par l'injection gazeuse intra-pleurale.*
255. — *Sur la valeur de la ponction lombaire dans le diagnostic, le pronostic et le traitement des fractures de la base du crâne.*
150. — *La méthode épidurale par voie sacrée.*
240. — *Des injections sous-arachnoïdiennes de cocaïne, au point de vue de ses inconvénients.*
345. — *La méthode épidurale.*
443. — *De l'anesthésie chirurgicale par la cocaïne, rachicocaïnisation, et cocaïne localisée.*

262. — *De l'hypertension artérielle et de son traitement par le massage abdominal.*
322. — *Le traitement rénal des cardiopathies artérielles.*
333. — *Étude clinique et thérapeutique sur le méthylarsinate disodique (arrhénal).*
335. — *Helminthiase, symptomatologie.*
336. — *La péricystite lacrymale.*

Le végétarisme, étude critique, indications thérapeutiques. M. CONTET (*Thèse de Paris*, 1902, n° 290).

L'alimentation a suivi dans son évolution de profondes modifications; nous avons vu l'usage de la viande pénétrer de plus en plus dans nos mœurs, et on a rapproché de ce fait l'augmentation de fréquence de certaines maladies.

Le végétarisme semble être une doctrine basée sur l'emploi exclusif d'aliments d'origine végétale avec rejet de toute substance d'origine animale.

Cependant une nourriture composée exclusivement de matières herbacées doit être écartée.

Les formules végétariennes qui repoussent l'emploi de la viande, en permettant le lait et les œufs, sont parfaitement susceptibles de fournir une alimentation suffisante et sans inconvénients.

Un tel régime ne présente aucune supériorité sur un régime mixte convenablement choisi, *et employé avec mesure.*

Son emploi est avantageux dans le traitement de certains états morbides, dans tous les cas où il y a lieu de modérer la formation de toxines dans l'économie; entre autres, le mal de Bright, l'artério-sclérose et la constipation habituelle.

Il est contre-indiqué par l'état de dépression générale et par le mauvais état des fonctions digestives, tels que l'inertie et le relâchement de la musculature intestinale.

Contribution à l'étude du rhumatisme pleural. M. JARVIS (*Thèse de Paris*, 1902, n° 317).

Lorsqu'on lit les nombreuses observations de pleurésie rhuma-

tismale éparses dans les thèses, on est frappé par la grande diversité des allures cliniques de cette affection.

Cette pleurésie est une détermination fréquente de l'infection rhumatismale. Elle n'est jamais purulente d'emblée, elle se termine le plus souvent par la résolution rapide et complète.

Ce rhumatisme pleural n'est pas d'origine tuberculeuse.

Du traitement médical dans la péritonite tuberculeuse. M. GRANGE (*Thèse de Paris*, 1902, n° 352).

Dans la forme aiguë qui répond à la tuberculose miliaire généralisée, il est inutile de diriger une médication contre la lésion abdominale.

Contre les formes chroniques, le traitement chirurgical sera rejeté, sauf dans certaines péritonites suppurées.

Quant à la forme ascitique l'intervention chirurgicale donne d'excellents résultats.

Cependant nous préférons le traitement médical à la laparotomie, celui-ci donne aussi d'excellents résultats, et les dangers sont moindres.

Pour ce qui est de la ponction suivie d'injections modificatrices, celles-ci ne sont pas toujours inoffensives.

Les rayons de Rœntgen préconisés exposent à des congestions qui peuvent avoir de graves conséquences.

Le traitement médical sera donc préféré; il est basé sur l'hygiène, la cure à l'air, le repos, l'alimentation. Un traitement médicamenteux très simple, l'huile de foie de morue, l'arsenic et le tannin tiennent la première place. L'emploi des révulsifs et d'antiseptiques intestinaux complète cette médication.

Essai sur la gangrène pulmonaire. M. DUPERRIER (*Thèse de Paris*, 1902, n° 565).

La fétidité de l'haleine et des crachats n'est pas suffisante pour affirmer le diagnostic de gangrène pulmonaire. L'état général du malade est le principal élément de diagnostic.

Dans l'état actuel de la science, il n'y a pas de signe bacté-

riologique véritablement pathognomonique de cette affection.

Il est donc difficile de garantir l'efficacité d'un traitement quelconque; le rôle médical est très limité. On a conseillé des inhalations de vapeurs chargées de principes médicamenteux antiseptiques. On a tenté des injections directes de différentes substances également antiseptiques, mais cette médication locale n'a jamais été efficace.

Il faut rétablir les forces par tous les toniques possibles, et en dehors de la médication purement médicale, on pourrait, dans certains cas, avoir recours au traitement chirurgical, à la condition expresse que la lésion soit limitée.

C'est une intervention hardie, et qu'il n'est pas donné à tous de mettre en pratique.

Traitement des pleurésies à répétition par l'injection gazeuse intra-pleurale. M. ROUET (*Thèse de Paris*, 1902, n° 514).

Il est des pleurésies dont l'épanchement récidive avec ténacité après chaque thoracentèse ; la ponction, dans ces cas, n'est qu'une nécessité et non un traitement.

Aussi a-t-on pensé à la substitution de l'air au liquide de l'épanchement, c'est-à-dire la création d'un pneumothorax artificiel, comme un véritable mode de traitement.

Il n'a aucune action nocive, il agit d'une façon mécanique en empêchant la reproduction de l'épanchement.

Il immobilise le poumon malade, lui faisant un coussin qui ménage sa distension progressive.

On peut injecter un autre gaz, tel que l'azote au lieu d'air, au cas où celui-ci se résorberait trop facilement.

Le manuel opératoire est à peine plus compliqué, et l'on est sans inquiétude sur ses accidents terminaux.

Sur la valeur de la ponction lombaire dans le diagnostic et le pronostic des fractures de la base du crâne. M. BOUTIER (*Thèse de Paris*, 1902, n° 255).

La ponction lombaire est une opération généralement facile;

les accidents immédiats auxquels elle peut donner lieu sont nuls et négligeables.

Les accidents consécutifs peuvent être évités par l'évacuation lente de petites quantités de liquide céphalo-rachidien.

Elle peut, dans bien des cas, permettre de résoudre sur-le-champ le problème si délicat qui est le diagnostic des fractures de la base du crâne.

Elle ne donne, au point de vue pronostic, aucun renseignement.

La méthode des injections épidurales par voie sacrée.
M. DURAND (*Thèse de Paris*, 1902, n° 150).

La voie épidurale est très tolérante : c'est une méthode d'analgésie opératoire au point de vue physiologique ; en pratique, ce n'est qu'une méthode d'analgésie médicale.

Son grand avantage, au point de vue anatomique, est que les solutions injectées s'arrêtent au trou occipital, le cerveau est donc respecté.

Elle est appelée à de multiples applications en dehors de ses effets analgésiques (sciatique, lumbago, coliques saturnines, etc.); elle s'est montrée efficace dans les incontinences d'urine.

La ponction du canal sacré est relativement facile, son grand mérite est son innocuité complète.

Des injections sous-arachnoïdiennes de cocaïne, au point de vue de ses inconvénients. M PALMA Y MENA (*Thèse de Paris*, 1902, n° 240).

La cocaïne, présentée au début comme l'anesthésique de choix, dans les cas de malades fatigués ou anémiés, trouve au contraire dans ces cas les mêmes contre-indications que les anesthésiques généraux.

Elle réussit là où le chloroforme et l'éther auraient réussi, et elle se complique d'une technique opératoire souvent délicate.

La simple ponction lombaire a déjà, à elle seule, causé une

vingtaine de cas de mort. Celle-ci suivie d'injection modificatrice, en particulier de chlorhydrate de cocaïne, a produit des accidents pénibles et inquiétants, pour l'opérateur et pour le malade. Elle peut enfin donner la mort ; nous en avons relevé 12 cas.

Cette méthode est, en somme, grave et incertaine, et on ne peut se prononcer sur elle ; on ne doit l'employer que comme un procédé d'exception.

La méthode épidurale. M. LACOMBE (*Thèse de Paris*, 1902, n° 345).

L'anesthésie chirurgicale n'a pu être obtenue que d'une manière inconstante. Comme méthode d'analgésie médicale elle est supérieure à la méthode sous-arachnoïdienne. Elle n'en a ni les inconvénients, ni les dangers. Elle doit être indiquée dans toutes les affections douloureuses du tronc.

En obstétrique, elle semble avoir une action accélératrice sur le travail.

Dans le mal de Pott, elle est indiquée comme pansement intra-vertébral. Ses résultats seraient satisfaisants dans l'incontinence d'urine, le tétanos, l'éclampsie.

Son grand mérite est sa parfaite innocuité.

L'anesthésie chirurgicale par la cocaïne, rachicocaïnisation et cocaïne localisée. M. KENDIRDJY (*Thèse de Paris*, 1902, n° 443).

Lorsqu'on aura à pratiquer une intervention sous la cocaïne localisée, le malade ne doit pas être à jeun ; il doit avoir fait un repas léger deux heures auparavant.

Pendant l'opération, lorsque le malade est déjà sous l'action de l'alcaloïde, on peut lui donner quelques gorgées de café additionné de quelques gouttes de rhum.

Le patient doit être couché horizontalement, aussi bien pendant l'opération que dans les quelques heures qui suivent; qu'il s'agisse de doses élevées ou de doses infinitésimales.

Les solutions à un demi p. 100 et celle au centième sont celles auxquelles on doit donner la préférence.

De l'hypertension artérielle et de son traitement par le massage abdominal. M. DEJAULT (*Thèse de Paris*, 1902, n° 262).

D'après Huchard, l'hypertension artérielle se traduit cliniquement par des symptômes que l'on peut classer théoriquement en quatre catégories : vasculaires, aortiques, cardiaques et viscéraux.

Le massage général, et notamment le massage doux et profond de l'abdomen, répond mieux que tout autre traitement aux médications de la tension artérielle.

Il diminue le nombre des pulsations cardiaques, soulage le cœur en diminuant la résistance périphérique.

Il provoque une diurèse qui est liée à l'accroissement de la vitesse du sang dans le rein qui favorise les phénomènes d'osmose glomérulaire.

Il amène de ce fait, une désintoxication du malade, dont les urines deviennent normales comme quantité et comme qualité.

Le traitement rénal des cardiopathies artérielles. M. BERGOUIGNAN (*Thèse de Paris*, 1902, n° 322).

Les cardiopathies artérielles ou secondaires sont les plus fréquentes des maladies du cœur.

Nées d'une intoxication, destinées à finir par une intoxication, elles présentent, au cours de leur évolution, une symptomatologie où prédominent des phénomènes d'ordre toxique (dyspnée toxi-alimentaire).

Ce fait est lié à l'insuffisance rénale, précoce et constante; insuffisance d'abord fonctionnelle, organique et irrémédiable vers la fin. « La maladie est au système artériel, le danger est au rein. » (Huchard.)

Pour ce motif, le traitement doit être avant tout *rénal*. On parviendra à ce but par une surveillance sévère de l'alimentation, et par l'emploi judicieux des diurétiques.

En favorisant la diurèse, en réduisant au minimum les toxines alimentaires douées d'une action vaso-constrictive, le régime

lacto-végétarien remplit à la fois les deux indications, rénale et vasculaire.

Le traitement hydro-minéral des cardiopathies artérielles, selon M. Huchard, « réclame les eaux d'Evian, tandis que les eaux chaudes, faiblement chlorurées de Bourbon-Lancy, conviennent aux cardiopathies valvulaires d'origine rhumatismale ».

Étude clinique et thérapeutique sur le méthylarsinate disodique (arrhènal). M. Stahl (*Thèse de Paris*, 1902, n° 333).

L'acide cacodylique est un corps solide, inodore, qui cristallise dans l'alcool en gros prismes rhomboïdaux, obliques. De saveur et réaction légérement acides, il est inaltérable à l'air sec, mais il se décompose à l'air humide.

C'est un puissant modificateur de l'organisme, il agit surtout en augmentant les globules sanguins.

Il améliore la nutrition de la peau et des muqueuses, il stimule les fonctions digestives et favorise la reconstitution des réserves chez les individus amaigris.

On doit le *prendre en mangeant*; il n'a sur la digestion aucune action inhibitrice.

Chez les tuberculeux apyrétiques, il arrête généralement et fait rétrograder la maladie, même chez les phtisiques à graves lésions pulmonaires. (Observations des professeurs A. Robin et Gautier.) Dans le traitement des autres affections, il a son effet incontestable.

Voici une formule de solutions qu'on peut indifféremment employer en injections hypodermiques ou par la voie buccale :

Méthylarsinate de soude...........	5 gr.
Alcool phéniqué..................	XI gouttes.
Eau distillée q. s. p. faire..........	100 cc.

M.

On peut injecter 1 cc. par jour, ou en donner par la voie buccale XX gouttes, ce qui, dans les deux cas, correspond à 0 gr. 05 de méthylarsinate.

Il est rare qu'on ait intérêt à dépasser cette dose.

Helminthiase, symptomatologie. M. LASNE-DESVAREILLES (*Thèse de Paris*, 1902, n° 335).

Cette affection est une de celles qui prêta le plus aux exagérations, puis elle tomba à peu près dans l'oubli.

Cependant les « vers » jouent un grand rôle dans l'étiologie de certaines maladies.

Les symptômes sont fort nombreux, mais il n'en est pas de véritablement pathognomoniques de l'affection, si ce n'est la présence du parasite lui-même, de ses œufs ou de sa larve.

Les malades peuvent éprouver un appétit violent ou une anorexie complète; la langue est saburrale, souvent une soif vive se fait sentir.

Du côté de l'intestin, une constipation opiniâtre ou une diarrhée rebelle. Parfois des hémorragies intestinales.

Du côté du foie, les troubles ne sont pas moins graves.

Puis la douleur et le prurit anal qui revient à heure fixe.

Enfin l'anémie et les accidents nerveux.

L'examen microscopique des matières vomies ou des selles permettra seul de poser un diagnostic ferme. Cet examen pourra souvent éviter une intervention chirurgicale (obstruction intestinale, appendicite) et sûr de son diagnostic, le médecin pourra débarrasser promptement son malade par l'administration d'un vermifuge et éviter quelquefois un dénouement fatal.

La péricystite lacrymale. M. ROCHE (*Thèse de Paris*, 1902, n° 336).

On désigne sous le nom de péricystite lacrymale des accidents aigus ou chroniques qui se développent autour du sac lacrymal, et qui sont sous la dépendance des affections chroniques du canal lacrymo-nasal.

Le traitement varie suivant le degré atteint par l'inflammation et aussi suivant la forme.

BIBLIOGRAPHIE

Technique des Analyses chimiques, médicales, industrielles, de Produits alimentaires et pharmaceutiques, à l'usage des pharmaciens, par J. Tarbouriech, chef des travaux pratiques de chimie, pharmacie et toxicologie à l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier, 1 vol. in-18 cartonné. Prix, 6 francs. Maloine, éditeur.

En dehors de toute préoccupation théorique, cet ouvrage réunit, sous un volume relativement restreint, un nombre considérable de renseignements précieux, épars jusqu'ici dans les traités spéciaux ou noyés dans la foule des énumérations encyclopédiques. C'est un choix de méthodes analytiques qui, suivant le désir de l'auteur, joignent autant que possible « la simplicité de la pratique à l'exactitude des résultats ».

Dans le premier chapitre intitulé *Le Laboratoire*, on trouve, avec le détail de quelques opérations d'analyse courante, un recueil très complet des réactifs généraux ou spéciaux les plus fréquemment employés ; les réactifs colorants et précipitants des alcaloïdes ; les formules des principales solutions titrées avec tous les détails nécessaires pour effectuer leur préparation.

Le deuxième chapitre contient les réactions importantes des acides minéraux, celles des bases minérales, des principaux acides organiques et des alcaloïdes, ainsi qu'un certain nombre de tableaux dichotomiques pour la recherche des bases ou des acides minéraux et celle des alcaloïdes.

Dans les chapitres suivants on trouve exposés les détails pratiques de l'analyse de produits industriels tels que : engrais, tartres, potasses, alcools, minerais de fer, monnaies, savons, etc. ; de matières alimentaires ; vin, bière, cidre, vinaigre, huiles, lait, farines, etc. ; de sécrétions organiques : urine, suc gastrique ; de produits pharmaceutiques très nombreux : iodures, bromures, antipyrine, sulfate de quinine, opium, essences, pansements antiseptiques, etc.

Afin de faciliter les calculs souvent complexes que nécessitent la plupart des opérations d'analyse quantitative, l'auteur indique à la fin de chaque dosage une équation unique dans laquelle il suffira d'introduire le nombre lu sur la burette ou déterminé par la balance, pour en déduire, par une simple multiplication ou division, la proportion de l'élément cherché dans 100 ou 1000 parties du produit analysé.

Cet ouvrage, on le voit, est conçu dans un esprit essentiellement pratique et tel quel il doit être d'une grande utilité pour les pharmaciens de plus en plus nombreux qui se consacrent aux travaux de l'analyse chimique.

L'Anesthésie générale au chlorure d'éthyle, étude pratique basée sur 1.000 cas personnels, par MM. les Drs Malherbe et Laval. In-18 avec 13 figures explicatives. Prix, 1 fr. 50. Vigot frères, éditeurs.

Depuis quelque temps l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle se substitue à l'anesthésie au bromure d'éthyle ou au protoxyde d'azote.

Quelques auteurs ont déjà, il est vrai, communiqué aux Congrès ou fait paraître dans la presse scientifique leurs observations toutes favorables à ce nouveau mode d'hypnoanesthésie. Mais il n'existait pas encore de publication complète sur ce sujet.

C'est cette lacune que comble actuellement le volume — nous pourrions presque dire le manuel — de MM. Aristide Malherbe et Ed. Laval, présenté par M. le professeur Kirmisson, dans une préface des plus élogieuses.

S'appuyant sur une statistique personnelle et inédite de plus de 1.000 cas, les auteurs mettent au point, d'une façon parfaite, la question de la narcose chloréthylique.

Leur ouvrage a le mérite de mettre à la portée de tous les praticiens un mode d'anesthésie des plus simples, n'exigeant le concours d'aucun appareil et à l'abri de toute complication. Un certain nombre de photographies permettent au lecteur de se rendre un compte exact de la façon d'opérer.

Enfin, MM. A. Malherbe et Ed. Laval ne négligent pas de faire ressortir — avec documents à l'appui — les nombreux avantages que pourront tirer de l'emploi de ce nouvel anesthésique les chirurgiens des diverses spécialités : chirurgie générale, petite chirurgie, oto-rhino-laryngologie, odontologie, stomatologie, ophtalmologie, gynécologie, obstétrique, chirurgie militaire.

En somme, utile, simple, pratique et de lecture facile, tel est cet ouvrage que tous les praticiens auront à cœur de se procurer.

Sergent (Emile), ancien interne, médaille d'or des hôpitaux, et Bernard (Léon), chef de clinique adjoint à la Faculté. — *L'Insuffisance surrénale*. (Ouvrage couronné par la Faculté de Médecine de Paris.) Petit in-8 (Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire). Broché, 2 fr. 50, cartonné. Prix, 3 fr.

L'insuffisance surrénale n'avait guère, jusqu'ici, d'histoire clinique. Cependant, la notion d'états morbides engendrés par les lésions capsulaires et relevant de l'insuffisance pure de ces glandes ne saurait plus être méconnue des médecins. Il importe qu'ils cessent de considérer la maladie d'Addison comme l'unique expression des lésions capsulaires et qu'ils n'attendent pas la mélanodermie pour poser le diagnostic. Aussi liront-ils avec profit ce chapitre de pathologie surrénale, où ils pourront puiser, à côté des considérations doctrinales, physiologiques et pathogéniques, des connaissances aujourd'hui indispensables sur les diverses modalités cliniques des lésions capsulaires, et particulièrement de l'insuffisance surrénale.

G. Lemoine, professeur de clinique médicale à la Faculté de Lille. *Technique et Indications des Médications usuelles*, in-18 jésus cartonné. Vigot frères, éditeurs, 23, place de l'École-de-Médecine. Prix, 7 fr.

Les médications usuelles sont en général mal connues, du moins en ce qui concerne leurs applications. C'est un peu au hasard que le praticien qui débute prescrit, par exemple, des vésicatoires ou des pointes de feu, et il hésite encore plus s'il s'agit de faire poser des sangsues. Cela tient à ce que l'enseignement qui lui a été donné n'a jamais porté sur ce genre de matières, que ses maîtres ont jugé d'ordre trop inférieur pour en faire l'objet de leurs leçons. Souvent, sur ce point spécial, il est obligé de se laisser guider par son malade, et c'est ce dernier qui décide de l'opportunité d'un sinapisme ou d'une mouche de Milan. Or, il y a pour lui un intérêt majeur à combler cette lacune de son éducation médicale et à bien connaître des méthodes thérapeutiques dont il devra se servir tous les jours. C'est dans ce but que M. le professeur Lemoine a publié ce livre, et aussi, il l'avoue, avec le secret espoir qu'il contribuera un peu à remettre en honneur certaines médications des plus utiles que la transformation des idées médicales fit un instant passer de mode.

Dr M. de Frumerie. *Le Massage abdominal*, avec préface de M. le professeur Gilbert. 1 vol. in-18 jésus, avec 8 planches démonstratives en simili-gravure. Vigot frères, éditeurs, 23, place de l'École-de-Médecine. Prix, 2 fr.

Faisant suite à la série de monographies qu'il a déjà publiées sur le massage, le Dr de Frumerie vient de faire paraître un petit traité du *Massage abdominal*. M. le professeur Gilbert, dans une préface des plus élogieuses, a bien voulu présenter au public médical ce petit volume plein d'aperçus nouveaux, et qui classe désormais le massage parmi les agents physiques qui prennent dans la thérapeutique une place chaque jour grandissante. C'est, croyons-nous, le meilleur éloge que l'on puisse faire de ce nouvel ouvrage. En praticien convaincu et expérimenté, l'auteur donne au médecin les indications et contre-indications du Massage abdominal. Le chapitre *Manuel opératoire* est accompagné de figures qui initieront le praticien aux manipulations, encore ignorées, du Massage abdominal.

Le Diabète et l'Alimentation aux pommes de terre, par A. Mossé, professeur de Clinique médicale à l'Université de Toulouse, correspondant national de l'Académie de médecine. 1 vol. grand in-8°, avec nombreux graphiques et tableaux. Prix, 5 fr. Félix Alcan, éditeur.

Ce volume reproduit les communications faites par M. le professeur Mossé à l'Académie de Médecine et ses articles publiés dans le « Journal de Physiologie » et dans la « Revue de médecine » ; l'auteur a coordonné ces divers travaux et y a ajouté des observations et des remarques inédites. Il termine par quelques notions sur la Bromatologie comparée de la

pomme do terre et du pain. Nous rappelons que M. Mossé établit que la « parmentière », riche en eau, riche en sels organiques de potasse, transformés ultérieurement dans l'organisme en carbonate do potasse, apporto aux diabétiques une cure alcaline.

De nombreuses observations recueillies à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Toulouse et dans divers hôpitaux de grandes villes de la France et de l'étranger, où la méthode de M. le professeur Mossé a été expérimentée, confirment les résultats que celui-ci avait entrevus il y a quelques années.

Les Injections de Paraffine, leurs applications en chirurgie générale, en oto-rhino-laryngologie, en ophtalmologie, art dentaire et en esthétique, par le Dr M. Lagarde, lauréat de la Faculté de médecine. Paris, 1903. 1 vol. in-18, 220 pages, avec 2 planches. Prix, 1 fr. Rousset, éditeur.

Jusqu'à co jour la méthode des « injections de paraffine » n'était pour tous qu'une curiosité sans histoire et sans indications bien précises.

Quelques rares communications lues à la hâto dans des hebdomadaires médicaux en avaiont vaguement appris le nom à quelques chirurgiens.

Mais persuadés que des faits isolés no pouvaient permettre de conclure à une méthode ou à un procédé quelconque, ils n'avaient pas attaché autrement d'importance à ces rares applications.

Le Dr Lagarde a su recueillir et coordonner tous ces faits épars, en tirer une déduction ot prouver que ces essais étaient les jalons d'uno voie nouvelle, les timides efforts d'un procédé cherchant à se faire jour dans la masso confuso dos innovations nombreuses autant que problématiques.

Un séjour à l'étranger près d'un maître des plus autorisés dans cette nouveauté, ses travaux antérieurs (thèse, communications, monographies, etc.), ses nombreuses opérations et son ingéniosité personnelle ont permis à l'auteur d'étudier tout spécialement ce procédé, d'en donner une technique rationnello et d'en modifier heureusemont l'instrumentation.

La Tuberculose, ses causes, son traitement, les moyens de s'en préserver, par le Dr Samuel Bernheim. 1 vol. in-12 de 314 pages, avec 45 figures dans le texte. — Prix, 4 fr. Rousset éditeur.

Les Maladies de la prostate, par A. von Frisch, professeur à l'Université do Vienne. Traduit de l'allemand par MM. Bidlot et Renard-Dethy. 1 vol. gr. in-8° de 200 pages. Prix, 8 fr. Roussot, éditour.

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Maladies des voies respiratoires.

De la respiration méthodique de poussières médicamenteuses. Traitement de la tuberculose pulmonaire et de différentes maladies des voies respiratoires. — Le Dr Favreon a donné au Congrès de Madrid une communication dont voici le résumé.

L'expérience bien connue de Tyndall mettant en lumière les poussières tenues en supension dans l'air atmosphérique;

La résistance des professionnels aux poussières industrielles de toute sorte et dont on constate la présence dans le tissu pulmonaire, prouvent bien :

1° La tolérance des voies respiratoires à l'égard des poussières ;

2° La pénétration de ces poussières jusqu'aux alvéoles pulmonaires;

3° Le rôle important que peuvent jouer dans la genèse des affections des organes de la respiration et de toutes les maladies transmissibles par l'air atmosphérique, ces poussières professionnelles ou autres et les micro-organismes qu'elles charrient avec elles.

Ces vérités ne sont plus à démontrer. Partant de ces considérations, j'ai essayé, depuis plus de sept ans, de neutraliser par des poussières médicamenteuses, du reste bien supportées par les voies respiratoires, l'action des micro-organismes pathogènes qui envahissent l'arbre respiratoire. Je me suis servi de l'air comme véhicule. J'assure ainsi l'antisepsie des voies respiratoires. Le médicament agit localement comme un topique sur une plaie.

Ma méthode m'a donné d'excellents résultats dans la tuberculose pulmonaire, les laryngites simples ou tuberculeuses,

les angines, les bronchites aiguës ou chroniques, la broncho-pneumonie et l'asthme. J'en attends les meilleurs effets dans la coqueluche.

J'emploie avec succès le traumatol seul ou associé à d'autres substances. Pour arriver à doser le médicament employé, résultat important quand il s'agit d'appliquer à chaque genre d'affection, sous forme de « poussières médicamenteuses », le médicament de choix, j'ai imaginé un appareil permettant à l'air, respiré par le malade, de se charger « au passage » de « poussières médicamenteuses ».

Cet appareil que j'ai nommé le « Pulvi-Pneumo-Respirateur », mesure 0m.12 de hauteur sur 0m.04 de diamètre et se compose de 4 segments se juxtaposant.

L'orifice, à la partie inférieure, laisse pénétrer l'air que le malade aspire à la partie supérieure de l'instrument au moyen d'une canule coudée à angle droit.

En traversant l'appareil, l'air agite la poussière médicamenteuse déposée sur un premier tamis inférieur et la transporte dans les voies respiratoires, après avoir encore traversé un second tamis diviseur disposé à la partie moyenne de l'appareil.

On fait 3 à 6 séances par jour et on exécute chaque fois 3 inspirations, en ayant bien soin d'éloigner la canule de la bouche avant d'exécuter le deuxième temps de la respiration.

On renouvelle la dose de médicament à chaque séance.

Maladies vénériennes.

Traitement de la blennorrhagie. — Depuis la découverte du gonocoque de la blennorrhagie par Neisser, la question du traitement devient particulièrement intéressante.

Le nitrate d'argent et la créosote sont les plus forts antidotes de l'infection blennorrhagique, d'après les travaux de Neisser.

Ces agents tuent le microbe et coupent la maladie dans les premières dix-huit à trente-six heures seulement qui suivent l'infection.

Si les microbes ont pénétré plus profondément dans le tissu, aucun agent n'est plus capable de s'opposer à leur action et de les détruire.

Dans la première période, M. Seidel emploie les antiphlogistiques et la morphine pour calmer la douleur.

Dans la deuxième période, on s'attaque au catarrhe uréthral et à l'action bacillaire.

Selon que le siège de la blennorrhagie est dans l'urètre postérieur, on fait des injections avec une seringue ou au moyen d'un cathèter. On emploie actuellement les solutions suivantes :

Nitrate d'argent.............	0,02 à 0,05	p. 100
Salicylate de soude...	5	»
Résorcine pure...............	2 à 3	»
Hydrate de chloral...........	2	»
Sulfate de quinine.......... .	1	»
Acide borique............. ..	3	»
Créosote.....................	0,2	»
Sublimé.....................	0,005	»

On emploie pour l'action directe contre le développement du gonocoque les solutions suivantes :

Hypermanganate de potasse...	0,02	p. 100
Sulfate ou acétate de zinc.....	0,2 à 0,5	»
Tanin.......................	0,2 à 0,5	»
Nitrate d'argent..............	0,02 à 0,05	»

On associe au traitement local les balsamiques á l'intérieur.

M. Seidel conseille d'employer la même méthode de traitement dans l'endométrie blennorrhagique de la femme.

Il pratique des injections intra-utérines au moyen d'un petit tube élastique de 5 centinètres introduit dans la cavité utérine à l'aide d'une pince.

Le traitement de l'épididymite est le suivant : repos au lit, compresses froides, vessie de glace, emplâtre de Frieck.

Le traitement de la *blennorrhagie chronique* est exclusivement local.

Bien déterminer le siège de la blennorrhagie et appliquer les

substances astringentes ou antiseptiques. Introduction progressive de sondes s'il y a lieu.

La blennorrhagie chronique utérine est traitée de la même manière; astringents et antiseptiques liquides, ou incorporés dans des suppositoires.

Finger traite la prostatorrhée par l'iode et la chaleur.

Introduire dans le rectum, matin et soir, des suppositoires, selon la formule suivante :

Iodure de potassium..................	2 gr.
Iode pur............................	0 » 05
Extrait de belladone...................	0 » 02
Beurre de cacao.......................	q. s.

pour 10 suppositoires.

Bains de siège.

Chirurgie générale.

Traitement des brûlures par le permanganate de potasse. — La solution plus ou moins concentrée de permanganate de potasse, fait remarquer Goldstein (*Nouv scient.*, t. XLVIII, 23 août), est à la fois analgésique et antiseptique. Elle n'a que l'inconvénient de tacher irrémédiablement le linge; pas de danger d'intoxication, même lorsqu'elle est employée sur de grandes surfaces. On badigeonne très légèrement les parties brûlées avec une solution un peu concentrée et très rapidement les douleurs sont calmées. Au contact des matières organiques le permanganate se décompose en oxygène à l'état naissant, potasse caustique et oxyde de manganèse. D'après Goldstein, l'oxygène et la potasse auraient une action anesthésique et l'oxyde de manganèse serait l'agent antiseptique.

FORMULAIRE

Traitement du zona.

(SHOEMAKER.)

1° Avant l'apparition de l'éruption, pour soulager la douleur :

Sulfate de morphine................	0 gr. 015
Sulfate d'atropine..................	0 » 00075

Pour une injection sous-cutanée.

2° Electricité galvanique le long des nerfs affectés.

3°	Carbonate de plomb..................	7 gr. 50
	Camphre............................	0 » 30
	Acide phénique......................	0 » 12
	Onguent de benzoate de zinc...........	30 » »

Onguent à appliquer sur les parties affectées.

4°	Pyrophosphate de fer...............	2 gr. 40
	Acide arsénieux....................	0 » 06
	Extrait de fève de Saint-Ignace......	ãã 0 » 12
	Extrait de belladone...............	

Diviser en 20 pilules.
A prendre trois pilules par jour.

Contre le prurigo de Hébra. — (Dr de Beurmann, d'après Baissade.) Applications quotidiennes et permanentes de la pommade suivante :

Camphre...............................	12 gr.
Goudron...............................	15 »
Soufre................................	8 »
Huile de chaulmoogra..................	3 »
Vaseline..............................	62 »

Le Gérant : O. DOIN

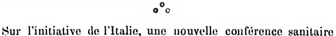
IMP. F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE. — PARIS-6e



BULLETIN

La peste aux Indes. — Une nouvelle conférence sanitaire internationale en 1903. — Mariage et longévité. — Ce qu'a été le Congrès de Madrid. — Le musée de l'Assistance publique. — Les fumeurs d'opium. — Pour les chiens. — Victime de la science. — Pénurie d'externes des hôpitaux. — La culture de la truffe. — Mort subite dans l'appendicite.

La peste continue à suivre aux Indes un mouvement ascensionnel. En une semaine, d'après le *Journal*, la terrible maladie aurait fait 32.000 victimes. Ce chiffre dépasse celui des années précédentes. Dans le seul territoire du Pundschab, la situation a empiré au point de causer la mort de 16.837 habitants. La présidence de Bombay vient après, avec 7.268 morts. On a pu constater que la peste n'avait que peu de prise sur les habitants qui vivent à l'air libre et dans des conditions hygiéniques normales, et que la maladie était favorisée par l'état incroyable des habitations des vieux quartiers indous.



Sur l'initiative de l'Italie, une nouvelle conférence sanitaire internationale doit prochainement se réunir à Paris. Voici le programme des travaux de cette assemblée :

1° Codification des quatre dernières conventions sanitaires internationales (Venise, Dresde, Paris, Venise);

2° Nouvelles mesures prophylactiques à l'égard de la peste, basées sur les récentes acquisitions relatives à la propagation de cette maladie;

3° Organisation de la police sanitaire maritime dans la mer Rouge.

D'après les derniers renseignements, il se pourrait que cette réunion fût reportée de juin à une date ultérieure ou même ajournée au mois d'octobre prochain.

⁂

Le mariage exerce-t-il une influence sur la longévité? Le pour et le contre ont été soutenus. Sans prendre parti ferme dans le débat, il semblerait que le célibat favorise le passage à l'état de centenaire. Il est à noter, en effet, qu'à l'heure actuelle cinq Parisiens, *dont aucun n'est marié*, ont paisiblement doublé le cap de leur siècle. Il est vrai que ceux qui ont convolé en justes noces se rattrapent parmi les cinq cent trente-un nonagénaires et les dix mille six cent dix-sept octogénaires vivant dans la capitale.

⁂

Le Congrès de Madrid a-t-il été un succès? Il est d'avis général que l'organisation des sections a laissé beaucoup à désirer et que la confusion a été grande; on ne saurait toutefois méconnaître la valeur d'un grand nombre de communications qui y ont été faites. Les congressistes s'y sont rendus avec empressement : 826 de France, 776 d'Allemagne; 297 de Russie; 258 d'Autriche; 238 d'Angleterre; 235 d'Italie; 195 des États-Unis; 98 de Belgique; 33 de Portugal et 21 de Roumanie.

Plus 3.530 Espagnols à ajouter à ces 3.431 étrangers.

Mais ces 7.000 congressistes n'étaient pas tous médecins!



La création d'un musée de l'Assistance publique est en projet et l'on parle de l'installer à l'hôtel des Miramionnes. Cet hôtel historique fait partie du groupe des bâtiments où est actuellement la Pharmacie centrale des hôpitaux. Mais que mettra-t-on dans ce musée? A la vérité, on possède peu de choses à l'administration de l'Assistance qui puisse y figurer, mais les membres de la commission estiment que l'on pourrait trouver bien des pièces ou des meubles dignes d'être mis en lumière, dans les divers hôpitaux. L'*Écho de Paris* doute que les directeurs de ces établissements se laissent volontiers enlever les pièces curieuses qui, pour la plupart, décorent leurs cabinets respectifs.



M. Brunet, a signalé à la section d'hygiène et de médecine du Congrès colonial tenu dernièrement à Paris les progrès menaçants que fait en France l'habitude importée d'Extrême-Orient de fumer de l'opium. Depuis une quinzaine d'années les fumeries d'opium se seraient multipliées dans tous nos ports, Toulon et Marseille en tête. Presque toutes les demi-mondaines de Toulon, au dire de M. Brunet, tiendraient une fumerie d'opium devenant ainsi un double centre de contamination.



La quarantaine de trois mois, à passer chez un vétérinaire, que les règlements de police du Royaume-Uni imposent à tous les chiens qui franchissent la Manche, est vue avec une telle défaveur, que nombre de dames anglaises viennent de remettre à la reine une pétition la priant d'user de son influence, pour apporter un adoucissement à la peine qu'elles éprouvent d'être privées de leurs toutous pendant un aussi long temps.



On apprend de Varsovie que le Dr Zacharoff, professeur à la Faculté de médecine de cette ville et directeur de l'école vétérinaire, s'est accidentellement inoculé la rage en disséquant un chien mort de cette maladie. En étudiant le cerveau il se lésa un peu le doigt. Il n'y fit pas attention et ne prit pas soin de panser la petite égratignure. Mais quelques jours après se montrèrent les premiers symptômes rabiques qui nécessitèrent le transport à l'Institut Pasteur, dirigé par M. Palnoyrski, dans un état désespéré.



Le nombre des candidats au dernier concours de l'externat des hôpitaux de Paris a été insuffisant. Aussi remarque-t-on dans la liste récemment publiée des services hospitaliers de Paris que

pour plusieurs services l'effectif des externes n'est pas au complet, voire que certains chefs n'ont pas d'externes du tout. Bien que la note d'admission eût été abaissée de 15 points sur un total de 40, il est à constater que 80 places environ sont restées sans titulaire.

°°°

On cherche depuis longtemps le moyen de reproduire la truffe. M. Boulanger (de Paris) y serait parvenu grâce à une méthode consignée dans un pli cacheté antérieurement déposé à l'Académie des sciences dont il vient de demander l'ouverture. Il aurait pu ensemencer une quinzaine d'hectares et trouver des truffes sur cinq mille places environ. Et comme preuve tangible de la valeur de son procédé il présente à la docte assemblée un bocal contenant des échantillons de sa récolte.

A la même séance, M. Gaston Bonnier a signalé que M. Matruchot, maître de conférences à l'Ecole normale, obtenait lui aussi des truffes par l'emploi de mycelium qu'il arrivait à faire germer et fructifier. Il serait désormais en état d'ensemencer des régions où jusqu'ici le précieux tubercule n'existait pas.

Tout se démocratiserait-il, même la truffe !

***

Un cas de mort subite dans l'appendicite a été rapporté par M. Léon à la « Société médicale des hôpitaux ». Il s'agit d'une jeune fille, qui, au treizième jour d'une appendicite de moyenne intensité, apyrétique depuis une semaine, sans douleur ni tension abdominale, se réveille un matin, complètement remise en apparence. Elle demande le bassin, urine, se soulève pour permettre d'enlever l'appareil et retombe morte. C'est là un accident tout à fait exceptionnel qui, comme dans un cas à peu près semblable, signalé par M. Roux (de Lausanne), paraît devoir être attribué à une embolie pulmonaire dont l'origine était probablement une thrombose développée dans le réseau veineux de l'appendice.

HYGIÈNE THÉRAPEUTIQUE

Considérations générales sur le régime lacté et sur le régime ordinaire chez les dyspeptiques par excitation ou hypersthéniques. — Importance de la notion de quantité dans le régime (1),

par M. G. Bardet.

(3e partie)

§ 7. — Établissement du poids normal.

L'alimentation doit, théoriquement, balancer exactement les pertes de l'économie; pratiquement, le régime intervient toujours plus ou moins irrégulièrement, parce qu'il est impossible de faire manger à un homme exactement la même quantité d'aliments tous les jours. L'hygiène conseille avec raison de dépasser légèrement la nécessité, de manière à établir une réserve, mais il faut bien avoir présent à l'esprit que ce prétexte est la base de tous les abus dans lesquels on doit reconnaître la cause étiologique, indubitable, non seulement du plus grand nombre des dyspepsies, mais encore de *toutes* les maladies chroniques non parasitaires et peut-être même d'un grand nombre d'affections parasitaires, parce que les troubles de la nutrition consécutifs à des écarts de régime préparent un mauvais terrain, où peut évoluer au mieux l'élément bacillaire.

(1) Voir les nos 19 et 20 des 23 et 30 mai 1903.

Alimentation et nutrition sont deux données parallèles au point de vue de leur signification : la vie amène la disparition d'une certaine quantité d'éléments organiques, et cette perte doit être compensée par la nutrition, laquelle est elle-même réglée par l'alimentation. Ne doit donc être considéré comme entrant dans l'alimentation vraie que ce qui est vraiment intégré dans l'organisme et non pas seulement ce qui est ingéré. Dans ces conditions, la ration d'un individu représentera la quantité d'aliments capable d'assurer l'alimentation, c'est-à-dire la réparation exacte des pertes. L'hygiène alimentaire bien entendue doit servir à définir et établir la ration qui doit être ingérée. On doit donc débuter par la connaissance des pertes réelles de l'organisme.

Ces pertes, comme aussi leur réparation, doivent être étudiées dans leur rapport avec le *poids normal* d'un individu. Quand je dis poids normal, je veux parler du poids que cet individu doit peser étant donné sa taille et son âge, c'est-à-dire, ici, le poids d'un adulte de 40 ans d'une taille donnée. Souvent on parle de *poids moyen*, c'est là une notion absurde attendu que les moyennes sont justement des chiffres que l'on ne rencontre jamais. Cherchons donc à définir ce que l'on doit considérer comme une normale au point de vue du poids.

La recherche d'une formule correcte pour établir de manière mathématique le poids d'un individu d'après sa taille est une visée chimérique. Plus d'un s'y est essayé en vain, et moi-même, après des tâtonnements sans nombre, j'ai été obligé d'y renoncer et de me contenter d'un à peu près basé sur des considérations établies uniquement sur l'observation. J'ai pris près de 600 observations en une dizaine d'années, pendant mon séjour au laboratoire de l'hôpital Cochin ; le plus grand nombre portait sur des sujets des deux sexes ayant presque tous une

taille comprise entre 160 et 170 centimètres. En me basant sur leur état apparent de santé, j'ai pu me prouver que le poids des sujets les plus maigres ne pouvait s'abaisser au-dessous d'un certain chiffre sans que la déchéance fût visible, mais que l'état de santé pouvait coïncider avec une maigreur considérable et durable : en effet, ces personnes presque toutes âgées de 30 à 35 ans, ne se souvenaient pas avoir jamais été d'un poids plus considérable, et toutes étaient capables d'un effort physique parfois assez important, sans présenter de fatigue ou de déperdition. J'étais donc en droit de les considérer, malgré leur maigreur très sensible, pour des gens placés à la limite de leur poids normal. En prenant ainsi la moyenne des poids présentés dans ces conditions, je suis arrivé à établir ce que j'appelle le poids limite inférieur, le *poids minimum*, ou poids normal physiologique.

Mais ici se présente immédiatement une remarque qui est très importante : c'est que, pour des hommes de taille égale et d'aspect parfaitement semblable, on peut trouver des poids fort différents, ce qui ne laisse pas de troubler singulièrement les idées. Cependant, après examen, on ne tarde pas à constater que la différence tient à ce que l'homme se présente couramment sous deux types bien définis : l'un à squelette fin et l'autre au contraire à ossature plus vigoureuse ; il en résulte alors un poids plus ou moins élevé pour l'unité métrique de la taille, ou autrement dit le poids d'un centimètre sera plus faible dans le premier cas que dans le second (1).

(1) La question des rapports du poids et de la taille est une des plus complexes de la physiologie : aussi tous les auteurs ont couvert des quantités énormes de papier avec des raisonnements des plus compliqués, pour essayer de sortir de cette difficulté. L'abondance même des renseigne-

Par conséquent, avant d'essayer de fixer, pour mémoire, un chiffre quelconque qui permette de baser une opinion sur l'état physiologique d'un individu donné, il est nécessaire de savoir que non seulement ce poids pourra différer, pour le même sujet, entre la *limite normale inférieure* et la *limite normale supérieure*, mais encore que, suivant l'état du squelette et de l'ampleur plus ou moins grande de ce sujet, le *poids limite*, soit *inférieur*, soit *supérieur*, pourra lui-même varier dans d'importantes proportions. Dans ces conditions, comment pourrait-on espérer trouver une courbe géométrique de valeur vraiment mathématique, permettant l'établissement d'une formule qui fournirait le poids d'un individu? Si l'on veut arriver à ce résultat, mais bien entendu par une simple approximation, ce sera par des

---

ments prouve que la question est loin d'être résolue. M. le professeur Bouchard est celui qui a le plus cherché à établir des bases mathématiques, c'est à lui qu'on doit la notion du segment anthropométrique et des calculs qui en sont tirés. Certes les considérations fournies par cet auteur sont intéressantes, mais combien compliquées! d'autant plus que, quand on passe à l'application, on s'aperçoit que les chiffres obtenus n'ont pas plus de valeur que les autres.

Les médecins militaires, fort intéressés à la solution du problème, ont fourni des éléments plus pratiques, parmi lesquels je signalerai l'*indice numérique* de robusticité, obtenu en prenant le coefficient

Taille — (Périmètre + Poids) = Indice numérique

Ainsi, soit un homme de 170 centimètres de taille, pesant 65 kilogrammes, avec un périmètre thoracique, au-dessous des aisselles, de 88 centimètres, on aura .

$$170 - (65 + 88) = 17$$

Le nombre 17 est l'indice numérique de robusticité. Facile à déterminer, cet indice peut rendre de réels services pour raisonner sur le poids normal d'un sujet donné. Le plus grand nombre de sujets adultes en bon état corporel présente un indice de 22 à 25, et les variations en plus ou en moins sont en rapport avec la bonne ou mauvaise constitution du sujet : un homme très robuste verra l'indice baisser jusqu'à zéro, tandis qu'un chétif verra l'indice augmenter jusqu'à 35 et plus. Je recommande cet indice, établi par M. Pignet, car il fournit des points de comparaison excellents.

considérations purement empiriques. Je vais développer rapidement celles qui m'ont amené à me faire une opinion sur le sujet.

On a dit, et tout le monde répète volontiers qu'un homme doit peser en kilogrammes un poids représenté par le nombre de centimètres qui dépasse le mètre, en exprimant sa taille : autrement dit, pour le plus grand nombre, un homme de 1m.70 de taille devrait peser normalement 70 kilogrammes. Ce poids est certainement exagéré pour les uns et trop minime pour d'autres, et il suffit d'un examen superficiel pour voir qu'un sujet de cette taille peut peser 60 ou 75 kilogrammes sans être maigre ou encore obèse. Aussi a-t-on cherché à modifier ce facteur par une constante pour être à même de s'en servir sans erreur. Les médecins militaires, je l'ai rappelé plus haut dans une note, considèrent volontiers qu'un homme jeune de vingt-cinq ans environ, pèse normalement l'excès de la taille sur le mètre, compté en centimètres, diminué de 10 p. 100. Ainsi un homme de 1 m. 70 devrait normalement peser

$$70 - 7 = 63 \text{ kilogrammes.}$$

Pour M. Albert Robin, l'obésité commencerait lorsque le poids dépasse cette même mesure augmentée cette fois de 10 p. 100, soit pour le même sujet :

$$70 + 7 = 77 \text{ kilogrammes.}$$

Ce serait donc entre ces deux limites que l'on devrait placer le poids normal, fort ou faible d'un individu. Mais on va voir de suite que cette manière de calculer est purement empirique, car, si l'on devait l'admettre, il faudrait accepter qu'un sujet de 1 mètre de taille aurait pour poids zéro! Et, en effet, quand on descend l'échelle de la taille, on s'aperçoit immédiatement que le chiffre indiqué devient

beaucoup trop faible. Prenons, par exemple, une femme très petite, de 1 m. 35 (on en trouve), on verra de suite que l'on ne peut accepter que cette femme se trouve dans des conditions normales quand elle pèse

$$35 - 3{,}5 = 32 \text{ kil. } 500.$$

C'est là un poids trop minime, et si nous prenons des enfants, nous voyons que le calcul deviendra encore plus absurde. Il faut donc trouver autre chose.

Mais si l'on ne se préoccupe que des sujets dont la taille se trouve entre 1 m. 55 et 1 m. 70, c'est-à-dire du plus grand nombre, qu'il s'agisse d'hommes ou de femmes, je conviens que le coefficient choisi est assez exact à condition de le modifier légèrement, d'après les données de l'expérience.

D'après mes observations personnelles, le chiffre de 63 kigrammes, fourni par cette méthode, me paraît très près de la réalité, mais en tenant toujours compte des conditions particulières de squelette et en considérant ce poids comme celui d'un sujet en *forme*, c'est-à-dire en possession de réserves encore suffisantes. Ce poids sera donc considéré comme une limite intermédiaire placée entre la limite inférieure et la limite supérieure.

En effet, pour avoir une zone de comparaison assez élastique dans l'appréciation du poids d'un individu, il est utile de connaître le moment où il ne pourrait aller au delà sans voir venir l'obésité et celui où il ne pourrait aller en deçà sans tomber en état de dénutrition. Entre ces deux moments que j'appellerai *points limites* inférieur et supérieur, se trouvera l'état physiologique, dans des conditions assez larges que l'on ne puisse pas s'y tromper de manière sérieuse.

Si l'on tient compte des observations que l'on peut faire

sur l'homme de bonne santé apparente, c'est-à-dire un homme adulte capable de faire sans effort un travail musculaire encore considérable, on constatera qu'un sujet maigre de 170 centimètres, par exemple, peut être accepté comme en bonne santé, mais sans réserves, quand il pèse habillé 60 à 63 kilogrammes. Mais, comme le poids des vêtements est de 5 à 7 kilogrammes et demi, suivant les moments et suivant les personnes, il va de soi que l'on doit uniquement tenir compte du poids vif après défalcation du poids des vêtements.

Pour prendre le poids régulier d'un sujet, j'estime qu'il faut le peser le matin à jeun et à vide, c'est-à dire après miction et selle. Des pesées faites à l'hôpital Cochin, pendant les dix années que j'y ai passées au laboratoire de Dujardin-Beaumetz, me permettent de fixer à 54 kgr. 500 ou 55 kilogrammes, le poids vif d'un homme de 170 centimètres, du type squelette mince, maigre, sans réserves, mais capable d'exercer sans fatigue un travail musculaire. Ce poids est, bien entendu, la limite inférieure extrême au-dessous de laquelle commencerait l'état de déchéance. C'est ce poids que j'appelle *poids normal* parce que c'est lui qui représente le poids actif d'un individu, celui pour lequel on devra établir la ration stricte d'entretien. Il est, en effet, évident que lorsqu'il s'agit d'instituer une ration minimum, capable de nourrir dans les limites du nécessaire aussi réduit que possible un malade incapable de manger, on doit tenir compte de cette notion et non pas du poids que l'on *aimerait à voir peser* cet individu.

Pour le même sujet, on peut considérer que le poids de 65 kilogrammes (poids absolu bien entendu, ce qui s'entend de la pesée faite à jeun et à vide le matin après miction et garde-robe) peut passer pour un poids limite supérieur, et

ce sera entre cette variation normale de 10 kilogrammes que se trouvera l'état de santé de la personne considérée.

Ces données vont nous permettre de trouver une formule pour connaître numériquement la situation d'un malade, car nous sommes à même d'établir un rapport pour faire des graphiques très intéressants dans l'étude de la nutrition d'un sujet.

En effet, nous avons le poids *normal*, c'est-à-dire le plus intéressant, car c'est la limite extrême que peut supporter un malade avant la déchéance : nous pouvons donc établir le rapport du poids absolu (pris dans les conditions fixes établies plus haut) au poids normal et en tirer une conclusion. Pour cela nous prenons $P =$ poids absolu et $p =$ poids normal et nous avons le rapport

$$\frac{P \times 100}{p} = n$$

qui nous fournit en centièmes ou en pour cent la valeur n du poids donné. Donc toutes les fois qu'un homme aura le coefficient n au-dessous de 100, il sera en état de déchéance plus ou moins accentué.

Par contre, toutes les fois où le rapport dépassera 100, l'état des réserves sera plus ou moins favorable; mais reste à savoir quand la période d'excès commencera. S'il s'agit d'un sujet de 170 centimètres du type squelette mince, nous venons de voir que le poids normal, ou limite inférieur, était à 55 kilogrammes, la limite supérieure étant de 65 kilogrammes : pour des sujets de petit squelette, l'état de santé ou plutôt l'état physiologique vrai sera donc fourni par la notion des rapports existant entre le poids absolu trouvé et le poids normal limite inférieur donné par l'expérience. Autrement dit, pour le sujet étudié, c'est-à-dire un homme

adulte de 170 centimètres de taille dont nous connaissons le poids limite inférieur, fourni par l'expérience, soit 55 kilogrammes par exemple, et le poids limite supérieur que nous prendrons égal à 65 kilogrammes pour l'instant, nous établirons le rapport pour chacun de ces poids et nous aurons :

$$a)\quad \frac{55 \times 100}{55} = 100 \qquad\qquad b)\quad \frac{65 \times 100}{55} = 118$$

Par conséquent, pour avoir le *rapport pondéral* qui pourra nous guider pour le régime, il nous suffira de connaître une fois pour toutes le poids normal limite minimum, c'est-à-dire le poids que doit peser un homme pour être à la limite physiologique. Le chiffre obtenu en faisant le rapport du poids absolu (trouvé), multiplié par 100, au poids limite minimum donné par le tableau ci-annexé, sera le *rapport pondéral*. Ce rapport pondéral, comme le montrent les rapports établis plus haut, pourra physiologiquement osciller entre 100 et 118, ou si l'on veut 120, pour les sujets qui sont en état normal; mais si le rapport passe au-dessous de 100, on est en marche vers le marasme. Si au contraire le rapport dépasse 120, c'est que le sujet marche vers un excès de réserves, autrement peut avoir tendance à l'obésité.

On remarquera que le tableau fournit des chiffres différents pour les hommes de complexion forte et faible et pour la femme. C'est qu'en effet j'ai dû tenir compte de la différence parfois considérable qui existe entre les poids du sujet, d'après sa complexion. En cela j'ai pris les données très véridiques fournies par M. Bouchard. Ce sont également ces données qui m'ont servi pour construire mon tableau, mais en les modifiant légèrement, d'après les faits que je me suis trouvé avoir à observer. Ainsi, M. Bouchard admet que le coefficient de corpulence (rapport du poids trouvé à

la taille, exprimée en décimètres) doit être de 4,2, ce qui, pour un homme de 170 centimètres, donnerait un poids normal de 71, avec une complexion ordinaire, et il fait intervenir un coefficient variable avec la complexion. Je trouve ce chiffre de 4,2 beaucoup trop fort pour la race française, car un homme qui pèse 71 kilogrammes pour une taille de 170 centimètres est déjà un homme très corpulent. J'ai donc pris le coefficient 4,2 seulement pour la forte complexion, pour un sujet qui a atteint la limite maximum de son poids normal et les coefficients ont été diminués pour les autres. Par contre, M. Bouchard admet que le marasme commence quand la corpulence devient 2,9 pour l'homme et 2,5 pour la femme. J'ai pris les chiffres 3,2 pour l'homme et 2,8 pour la femme comme devant établir le poids limite minimum au-dessous duquel l'état devient inquiétant. Dans ces conditions, j'estime que je suis resté dans des limites sages et précises et que les poids normaux *limite inférieure* que je fournis permettent d'obtenir avec sûreté, au point de vue clinique, le rapport pondéral qui servira de guide pour le régime.

Voici du reste, pour nous résumer, les coefficients de corpulence choisis et la manière dont je les ai utilisés pour obtenir les *poids limites* qui nous permettront d'établir, en connaissance de cause le régime d'un malade :

$$\text{Corpulence} = \frac{\text{Poids en kilogrammes.}}{\text{Taille en décimètres.}}$$

En appliquant cette formule à un grand nombre de sujets, on trouve des chiffres qui peuvent être ainsi représentés :

	POIDS LIMITE MINIMUM	POIDS LIMITE MAXIMUM
Femme........	2,8	3,4
Homme de complexion faible....	3,2	3,7
— — forte.....	3,6	4,2

ces chiffres étant fournis par la correction des chiffres de M. Bouchard d'après l'observation des sujets qu'il m'a été donné d'observer :

Tableau des poids limites minimum.

TAILLE EN CENTIMÈTRES	HOMME — COMPLEXION FAIBLE	HOMME — COMPLEXION FORTE	FEMME
—	kilog.	kilog.	kilog.
145	46.400	52.200	*40.600*
150	48.000	54.000	*42.000*
155	49.600	55.800	*43.400*
160	51.200	57.600	*44 800*
161	51.520	57.960	*45.080*
162	51.840	58.320	*45.360*
163	52.160	58.680	*45.640*
164	52.480	59.040	*45.920*
165	52.800	59.400	*46.200*
166	53.120	59.760	*46.480*
167	53.440	60.120	*46.760*
168	53.760	60.480	*47.040*
169	54.090	60.840	*47.320*
170	54.400	61.200	*47 600*
171	54.720	61.560	*47.880*
172	55 040	61.920	*48.160*
173	55.360	62.280	*48.440*
174	55.680	62.640	*48.720*
175	56.000	63.000	*49.000*
180	57.600	64.800	*50.400*
185	59.200	66.600	*51.800*
190	60.800	68.400	*53 200*

N. B. — On obtiendra le poids limite maximum que doit peser un sujet de taille donnée, en multipliant par 1,2 le poids minimum fourni par le tableau.

Je ferai remarquer que ces poids limites minimum, les seuls que j'inscrive au tableau, sont au-dessus de ceux qui seraient fournis par le coefficient de marasme, 2,9 indiqué pour l'homme par M. Bouchard : je suis donc certain qu'en les suivant on sera dans des limites sages puisque l'atten-

tion s'éveillera avant que la situation soit vraiment inquiétante.

Prenons quelques exemples pour établir comment ce tableau pourra servir. Soit quatre hommes de complexion forte et de 165 centimètres de taille (je prends quatre sujets semblables pour simplifier). L'un pèse 54 kg. 300, l'autre 62 kg. 200, le troisième 78 kg. 700 et le dernier 103 kg. 600.

J'établis pour chacun d'eux le rapport pondéral, en cherchant au tableau le poids limite minimum que doit peser un homme de 165 centimètres de forte complexion, pesé, bien entendu le matin, nu et à jeun, après miction et défécation. A la troisième colonne du tableau, je trouve, en face de la taille 165, le poids limite minimum 59 kg. 400, ce qui veut dire qu'un homme de cette taille et de cette complexion, maigre, mais encore en état suffisant, peut peser 59 kg. 400. J'établis les rapports :

a) $$\frac{54,3 \times 100}{59,4} = 91,4$$

Le rapport 91,4 est très notablement au-dessous de 100, par conséquent notre malade est sensiblement atteint, il a besoin de remonter de manière que son poids dépasse le poids limite inférieur; mais dans tous les cas, si nous parvenons à le maintenir au taux de 100 par un régime, nous devrons nous tenir pour satisfait, car cet homme pourra vivre normalement sans augmenter davantage : c'est donc sur le poids de 59 kilogrammes que nous établirons le rationnement.

b) $$\frac{62,2 \times 100}{59,4} = 104,7$$

Le rapport 104,7 est absolument normal, puisque nous admettons que la normale se trouve entre 100 et 120 : notre

malade n'a donc aucunement besoin d'être remonté et tout ce qu'il peut désirer, c'est de se tenir à ce taux physiologique très convenable.

c) $$\frac{78,7 \times 100}{59,4} = 132,4$$

Ici, nous dépassons notablement la limite supérieure de 120 : notre sujet a tendance à l'obésité et, par conséquent, nous ne pouvons avoir aucun remords, malgré ses plaintes probables, si son état gastrique nécessite un rationnement sévère.

(d) $$\frac{103,6 \times 100}{59,4} = 174$$

Cette fois, nous sommes en face d'un obèse déjà avancé et, par conséquent, le régime devra être conduit de manière à diminuer le poids.

Je ne donne ce dernier exemple que pour être complet, car il est évident que le doute n'est jamais permis quand on se trouve en face d'un homme qui pèse 100 kilogrammes, il est évident que c'est un obèse. Au contraire, quand on a devant soi des sujets maigres, il est souvent permis de douter, et c'est dans ces cas que l'établissement du rapport pondéral peut rendre des services.

Dans tous les cas, le tableau que j'ai fourni, même en dehors de l'établissement du rapport pondéral, permettra de fixer les idées pour l'institution d'un régime, car c'est sur ce poids limite inférieur qu'il sera *toujours* nécessaire d'établir le régime des dyspeptiques, au moins au début, et ensuite on ne devra jamais les autoriser à dépasser la ration d'entretien qui leur permette de se maintenir au coefficient 120, c'est-à-dire au poids limite supérieur correspondant à leur poids. Ce poids supérieur sera obtenu facilement en

multipliant par 1,2 le poids limite minimum fourni par le tableau.

Je m'excuse auprès du lecteur de cet ennuyeux chapitre, mais il était nécessaire de l'écrire, pour établir d'une manière scientifique ce qu'il faut entendre par *poids normal* et fixer d'une manière pratique le poids qui doit servir de base à l'institution du *régime de quantité*.

J'estime, en effet, que, dans la thérapeutique des maladies de l'estomac, le médecin n'a rien fait quand il a conseillé un choix d'aliments et ordonné des médicaments. L'homme meurt jeune, l'homme a une vieillesse précoce parce qu'il mange trop et surtout parce qu'il dépasse toujours la mesure dans la consommation de l'albumine. J'ai déjà souvent parlé de l'*albuminisme* aussi grave, pour moi, que l'alcoolisme, plus grave même, car peu d'hommes s'alcoolisent tandis que *tous s'albuminisent*. On n'obtiendra donc rien si l'on n'arrive pas à rationner les malades. C'est la première règle à bien établir, voilà pourquoi j'ai tenu à discuter avec la plus grande attention la question du poids, base fondamentale de l'établissement du régime.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

SÉANCE DU 27 MAI 1903

Présidence de M. DU CASTEL.

Le procès-verbal de la dernière séance, lu et mis aux voix, est adopté.

Présentation.

De l'emploi de l'acide vanadique en général et en particulier en gynécologie,

par M. LE BLOND et CH. DAVID.

Nous avons étudié le mode d'action de l'acide vanadique dans deux ordres d'affections bien distinctes : d'une part comme pansement externe des lésions cutanées; d'autre part comme topique dans les inflammations principalement d'origine blennorrhagique des muqueuses des voies génitales de la femme.

Le premier groupe de lésions comprend lui-même des maladies très différentes :

Des plaies simples ou des plaies d'anthrax, maux perforants;

Des lésions tuberculeuses;

Des lésions syphilitiques secondaires et tertiaires;

Des ulcères variqueux;

Des eczémas;

Enfin des chancres mous.

Dans presque tous ces cas, ce médicament a amené rapidement la guérison, mais il est impossible d'établir d'une façon précise une moyenne de la durée de traitement dans cet ensemble d'observations, étant donnée la nature tout à fait différente des divers cas. Nous pouvons dire cependant :

Que les plaies non spécifiques ont guéri le plus rapidement dans des délais de dix jours à trois semaines :

Que les lésions tuberculeuses ou syphilitiques ouvertes (gommes scrofuleuses et syphilitiques tertiaires) ont guéri avec une grande rapidité. Les lésions syphilitiques non ulcérées telles que plaques muqueuses hypertrophiques ou condylomes ont été également modifiées avantageusement et ont diminué de volume.

Les mêmes résultats ont été obtenus dans les cas d'eczéma de même que dans le chancre mou.

Quant aux ulcères variqueux, ils ont subi du fait de ce traitement une poussée cicatrisante après laquelle la marche a été

quelquefois traînante, de sorte que dans un certain nombre de cas nous avons dû ne l'employer qu'alternativement avec d'autres agents thérapeutiques. Cependant l'acide vanadique seul suffit d'ordinaire pour amener la guérison, mais il est bon de remplacer de temps à autre dans les pansements la solution habituelle à 0 gr. 05 d'acide vanadique p. 1000, par une solution à 0 gr. 17 p. 1000 qui réveille un peu l'activité paresseuse des tissus; on fait ainsi un ou deux pansements avec la solution forte, puis on revient à la solution faible.

Les pansements ont toujours été supportés; jamais nous n'avons observé la moindre sensation désagréable après leur application.

Dans un seul cas, nous avons observé des phénomènes d'intolérance caractérisés par des éruptions érythémateuses. Nous avons expérimenté successivement les doses de 0 gr. 50, 0 gr. 17, 0 gr. 015 d'acide vanadique par litre; en fin de compte, nous nous sommes arrêtés à la dose de 0 gr. 05 p. 1000, qui nous a paru être la plus favorable.

Dans le second ordre de faits, nous avons traité des vaginites, des endométrites et même quelques cas de bartholinites. Sur 14 cas de vaginites d'intensité variable, qui ont été traitées par ce médicament et dont nous rapportons l'observation :

Deux ont été guéries en moins de deux semaines, c'étaient des cas légers;

Deux ont demandé trois semaines, de vingt et un à vingt-cinq jours;

Trois ont duré un mois;

Six ont duré de cinq à six semaines;

Une seule a duré deux mois.

Les uréthrites nous ont donné des résultats très variables, la guérison a demandé en moyenne trois semaines. Quant aux endométrites, dans un tiers des cas le traitement dure de deux à trois semaines. Nous attribuons ces résultats que nous jugeons très remarquables aux pansements répétés tous les deux jours, suivant notre pratique habituelle. Quelques endométrites ont per-

sisté à l'acide vanadique et ont été traitées par des moyens plus énergiques.

La dose la plus active nous semble être dans ces cas celle de 0 gr. 17 par litre; la dose à 0 gr. 05 pour 1.000 suffisante pour les pansements cutanés nous a, en effet, semblé n'être pas assez énergique pour les traitements intra-utérins.

Enfin, comme médicament pour l'usage interne, l'acide vanadique nous a donné de très bons résultats dans le traitement de tous les états anémiques ou cachectiques et en particulier de la tuberculose pulmonaire.

En résumé, l'acide vanadique est un agent d'oxydation énergique; il agit à la manière des préparations ferrugineuses, mais à un degré bien plus élevé.

L'acide vanadique, en présence d'un corps organique, cède son oxygène qui va oxyder cette matière organique; il passe à l'état d'acide hypovanadique, il se régénère en empruntant de l'oxygène à l'air, puis reperd son oxygène pour le reprendre et ainsi de suite et indéfiniment tant qu'une parcelle d'acide vanadique séjourne dans nos organes ou à leur surface. Toute cette étude nous permet de préciser les conclusions suivantes :

1° L'acide vanadique chimiquement pur est un excellent médicament qui mérite une large place dans notre arsenal thérapeutique, tant à titre de topique local que de stimulant général;

2° Il possède, tout en étant antiseptique, un pouvoir cicatrisant qui le rend supérieur à tous les autres pansements dans le traitement des plaies cutanées. La dose la plus favorable pour cet usage est celle de 0 gr. 05 par litre d'eau;

3° Il peut rendre de grands services en gynécologie tout en ne donnant pas de résultats de beaucoup supérieurs à ceux obtenus avec d'autres topiques; il mérite cependant d'être préféré à la glycérine créosotée, etc., à cause de son absence d'odeur, de son apparence plus agréable (ichtyol) et de la façon par suite dont il est toléré.

La solution plus favorable pour cet usage est celle obtenue en ajoutant à un volume d'oxydasine (c'est le nom commercial de la

solution à 0 gr. 5 par litre que nous avons employée dans nos essais) deux volumes de glycérine, ce qui répond à une solution contenant 0 gr. 17 d'agent actif par litre.

4° Au point de vue général, il est un adjuvant très précieux du traitement de la tuberculose pulmonaire à la dose quotidienne de deux cuillerées à soupe par jour d'une solution à 0 gr. 015 par litre.

Communications

I. — *Action du bleu de méthylène sur l'entérite ulcéreuse des tuberculeux*,

par M. Louis Rénon.

Dans une communication faite le 28 janvier dernier à la *Société de Thérapeutique*, nous avons, avec M. Géraudel, montré l'action du bleu de méthylène sur les ulcérations de la langue et du voile du palais chez les tuberculeux.

Notre note se terminait ainsi : « Nous étudions en ce moment l'action du bleu de méthylène, donné par la voie gastrique, sur l'entérite ulcéreuse des phtisiques, et les résultats complets de ces recherches seront publiés ultérieurement; nous avons toujours observé jusqu'à présent la diminution et même parfois la cessation complète de la diarrhée. »

Depuis cette époque, j'ai continué cette médication chez bon nombre de phtisiques atteints de diarrhée intense et incoercible, et, dans les quatre cinquièmes des cas, l'action du bleu de méthylène s'est montrée très favorable.

Le bleu était donné par la voie gastrique, à la dose de 15 à 20 centigrammes par jour. On prescrivait en une fois l'un ou l'autre des cachets suivants :

Bleu de méthylène.....................	0 gr. 15
Lactose..............................	0 » 60

Bleu de méthylène.....................	0 gr. 20
Lactose..................................	0 » 80

ou trois ou quatre fois par jour un cachet plus petit :

Bleu de méthylène....................	0 gr. 05
Lactose..............................	0 » 20

La lactose n'avait pour effet que de diviser la poudre de bleu et de la rendre plus tolérable à l'estomac.

Sous l'influence du médicament, les selles diminuent très rapidement de fréquence; dès le premier jour, leur nombre tombe de quinze ou vingt à cinq ou six. Au bout de trois jours, on observe souvent un arrêt complet des matières, la constipation pouvant remplacer même la diarrhée.

Comment expliquer cette action curieuse? Il est probable que le bleu déterge les ulcérations intestinales, en s'opposant au développement des agents d'infection secondaire. Dans plusieurs cas, les malades ont succombé à la cachexie tuberculeuse; j'ai pu voir que les ulcérations n'étaient point cicatrisées, mais qu'elles étaient moins tomenteuses et moins irrégulières que normalement.

C'est vraisemblablement de cette façon que le bleu de méthylène agit dans l'entéro-colite muco-membraneuse et dans la dysenterie, où l'on a constaté les heureux effets des lavages avec une solution faible de bleu ; les résultats sont souvent remarquables, comme j'ai pu le vérifier l'année dernière, au Camp de Châlons, avec le médecin principal Grivet.

Dans la fièvre typhoïde, j'ai vu souvent des doses de 10 centigrammes de bleu abaisser la température de 2 à 5 dixièmes de degré ; il s'agit probablement aussi d'une action sur les microbes d'infection secondaire, encore qu'avec M. Louste, j'aie noté une diminution de la vitalité du bacille typhique dans les solutions étendues de bleu.

En tout cas, j'estime que le bleu de méthylène, malgré ses légers inconvénients (coloration des urines, saveur un peu

styptique), peut rendre de grands services dans le traitement de l'entérite ulcéreuse des phtisiques, si souvent rebelle aux médications classiques.

II. — *L'adrénaline,*

par M. CHEVALIER.

Depuis quelques mois, cette substance s'est introduite dans la pratique médicale et un certain nombres de communications cliniques ou physiologiques ont paru sur cette drogue.

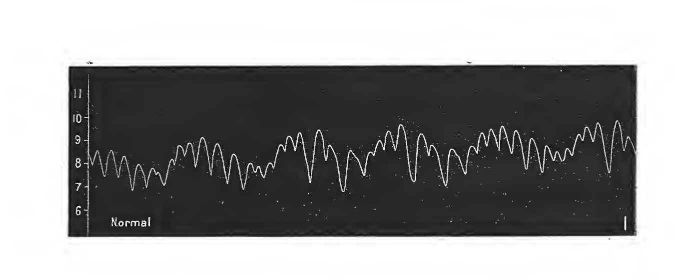
Il importe, à l'heure actuelle, de fixer pour les praticiens son action physiologique et par suite ses indications thérapeutiques.

Il existe, sous le nom d'adrénaline ou sous des noms similaires, un certain nombre de spécialités fabriquées avec des capsules surrénales et qui ont toutes la prétention de représenter le principe actif de ces glandes.

Ce principe actif existe-t-il à l'état chimiquement défini et est-il unique, nous ne pouvons actuellement le prouver; ce qu'il y a de certain, c'est que ces diverses préparations présentent toutes à l'intensité près des actions pharmacodynamiques comparables dans leur modalité.

Il nous a été donné d'examiner depuis un certain temps, tant au point de vue chimique qu'au point de vue physiologique, les différentes préparations d'adrénaline mises en vente sur le marché de Paris ; elles présentent toutes des différences notables et, comme nous avons pu le constater dans de nombreuses expériences faites au laboratoire du professeur Pouchet, ces diverses préparations n'ont ni la même apparence, ni la même toxicité, ni le même pouvoir vaso-constricteur.

On les présente au praticien sous forme de solutions acides additionnées de chlorétone. Ces solutions primitivement incolores rosissent ou brunissent fortement à l'air et perdent rapidement leurs propriétés physiologiques. Il n'existe, croyons-nous, que


11
10
9
8
7
6
Normal

l'adrénaline Clin, qui soit livrée sous forme cristallisée, et c'est à elle que nous nous sommes adressé pour étudier d'une façon précise l'action pharmacodynamique de l'adrénaline.

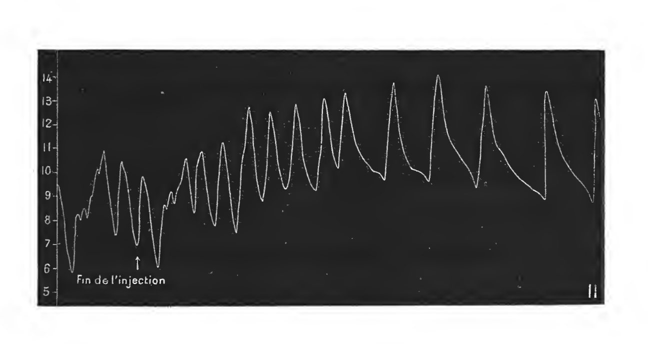
Ce corps, dont la composition chimique est encore l'objet de discussions, se présente sous forme d'une poudre blanche cristallisée présentant au microscope des aiguilles d'ordinaire réunies en rosette. Il donne une solution incolore dans l'eau légèrement acidulée par l'acide chlorhydrique.

Pour obtenir une solution stable, il faut mettre un léger excès d'acide chlorhydrique et, si l'on veut la conserver pendant un certain temps, additionner cette solution de quelques centimètres cubes de chlorétone. Cette addition est nécessaire pour la conservation, mais, par contre, c'est un non-sens au point de vue physiologique, car l'action de la chlorétone est précisément l'inverse de celle de l'adrénaline : c'est un dépresseur de la circulation et surtout un médicament hypotenseur et vaso-dilatateur.

Tout flacon d'adrénaline doit être utilisé dans les quelques heures qui suivent son ouverture; au bout de ce temps, en effet, les solutions se troublent, rosissent et deviennent physiologiquement inactives par suite de la production d'oxyadrénaline aux dépens de l'adrénaline. En conséquence, les flacons de 20 et 30 cc. qu'on trouve actuellement dans le commerce doivent être rejetés, et il vaut mieux se procurer pour la pratique courante des flacons de 5 cc. qui sont largement suffisants, même pour une opération un peu importante.

Nous ne nous étonnerons pas, en raison de cette transformation, de voir que la toxicité des divers produits commerciaux puisse varier dans de notables proportions.

La toxicité de l'adrénaline, étudiée sur des cobayes avec l'adrénaline Clin cristallisée mise en solution quelques minutes avant l'expérience, a été de 0,001 à 0,0015 par 10 kilogrammes d'animal. C'est, à très peu de chose près, celle que nous avions trouvée pour l'adrénaline en solution fournie par Takamine (0,0015-0,0023). Les solutions commerciales ont une toxicité bien différente et variable (0,0023-0,0037).


14
13
12
11
10
9
8
7
6
5
Fin de l'injection
II

Les phénomènes toxiques observés ont surtout consisté en dyspnée et phénomènes de prostration qui se sont montrés presque immédiatement après l'ingestion. La parésie du train postérieur se montre d'abord, puis on voit les animaux s'étaler sur le ventre, les pattes de derrière écartées, presque incapables de remuer et présentant une dyspnée intense. La sensibilité est conservée jusqu'à la fin. Les phénomènes convulsifs signalés ne se produisent qu'à la fin de l'intoxication, et sont dus très vraisemblablement à l'accumulation de l'CO^2 dans l'économie par suite de l'asphyxie progressive.

A l'autopsie, on constate des lésions banales de congestion plus ou moins intense suivant la rapidité de la mort de l'animal. L'œdème pulmonaire, signalé comme étant la cause de la mort, ne se produit que dans certains cas, avec des doses subtoxiques.

Chez le chien, la dose toxique en injection intraveineuse est de 0 gr. 0036 par kilogramme.

Au point de vue physiologique, l'adrénaline intéresse le praticien surtout en raison de son action sur la vaso-constriction et sur la pression sanguine. Voici, d'après nous, ce qu'il faut conclure des nombreuses expériences faites dans ces derniers mois.

A la suite de l'injection d'adrénaline par voie intra-veineuse, on constate que, même en solution diluée et injectée très lentement, elle exerce une action locale sur le cœur lorsqu'elle y arrive. On voit alors, comme on pourra le constater sur le tracé ci-joint, se produire un ralentissement énorme des battements cardiaques ainsi qu'une baisse de la pression sanguine; en même temps la respiration est également fortement touchée et ralentie de plus de moitié.

Puis très rapidement la pression augmente par grandes oscillations jusqu'à un maximum qui atteint facilement 100 et même 150 millimètres de mercure; les battements du cœur deviennent précipités, on voit apparaître des irrégularités; en même temps la respiration a une tendance à augmenter d'intensité. Il paraît se produire à ce moment un spasme des vaisseaux par action directe sur les parois vasculaires suivant immédiatement ce

18
17
16
15
14
13

1 min. après l'injection.

III

15
14
13
12
11
10
9

2 min. après l'injection.

IV

spasme cardiaque du début. Cette action sur la tunique musculaire des vaisseaux pourrait être comparée à celle produite par la sphacélo-toxine, et dans certains cas on a pu trouver, comme avec cette dernière, des thrombus hyalins dans les artérioles. Ce fait expliquerait la production des gangrènes expérimentales signalées par quelques auteurs.

Malheureusement cette pression élevée, à laquelle correspond une vaso-constriction périphérique intense, ne se maintient pas et très peu de temps après on voit de nouveau la pression baisser progressivement, le nombre des battements cardiaques restant toujours au-dessus de la normale.

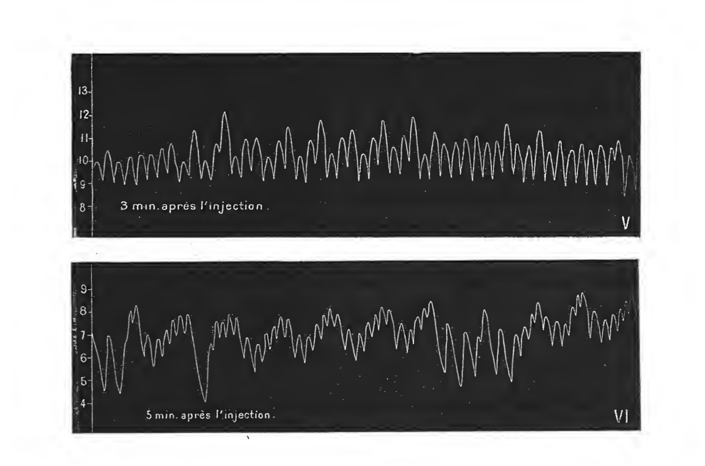
Deux minutes après l'injection d'adrénaline l'action sur la pression et la vaso-constriction est terminée avec une dose de 0 gr. 0001 par kilogramme d'animal. Avec des doses plus fortes, on n'obtient qu'une augmentation de pression un peu plus considérable, mais sa durée n'est pas beaucoup plus étendue. C'est ainsi que dans une expérience avec 0 gr. 0018 par kilogramme d'animal, l'augmentation de pression ne s'est maintenue que jusqu'à la sixième minute.

On voit alors survenir une baisse de pression qui descend au-dessous de la normale pendant un certain temps. C'est d'ordinaire à cette période que l'on a pu voir se produire des hemorragies secondaires par suite de la vaso-dilatation qui se produit en même temps que cette baisse de pression.

Puis, au bout de quelques minutes, le cœur, qui était toujours très rapide, se régularise, se ralentit et la pression revient à la normale.

Une seconde injection produit des effets semblables à ceux de la première, mais la durée de la hausse de pression est beaucoup moins longue.

En définitive, nous sommes arrivé aux mêmes résultats généraux que les divers observateurs ayant employé des extraits frais de glandes surrénales. Ils indiquent que la durée d'augmentation de la pression est de quatre minutes au maximum, qu'elle est accompagnée d'un ralentissement puis d'une augmentation


13
12
11
10
9
8
3 min. après l'injection.
V
9
8
7
6
5
4
5 min. après l'injection.
VI

du nombre des contractions cardiaques, et d'une accélération du rythme respiratoire.

Dans des travaux récents, ces faits avaient été mis en doute. Le tracé ci-joint, obtenu avec l'adrénaline cristallisée Clin, est très démonstratif à cet égard.

Voici le résumé des indications de cette pression sanguine femorale prise chez un chien de 20 kilogrammes, chloralise après injection de 0 gr. 001 d'adrénaline cristallisee Clin.

	POULS PAR MIN.	PRES. SANG. EN MM. DE Hg MAX. ET MIN.	RESPIRATION
Normal.	80	140-186	10
1re minute après l'injection.	33	120-280	6 faibles
2e — —	139	300-360	14
3e — —	146	280-200	24
4e — —	76	180-230	32
5e — —	35	90-160	26
6e — —	»	»	»

N. B. — En raison du dispositif expérimental sur le tracé, les pressions sont en centimètres de mercure et doivent être doublées.

Nous terminerons en mettant en garde les praticiens contre les applications prolongées d'adrénaline. A la suite d'une action locale de quelques minutes, on obtient parfois de la vaso-dilatation réflexe paralytique à la suite de la vaso-constriction et par suite des hémorragies sur lesquelles l'adrénaline n'a plus aucune action.

De plus, il est inutile, sauf des cas très exceptionnels, de la prescrire à l'intérieur. Elle perd, en effet, toutes ses propriétés physiologiques au contact des tissus et, en particulier, des tissus glandulaires.

Pour nous résumer, il faut employer des produits cristallisés ou des solutions fraichement préparées, conservées en petites fioles.

L'adrénaline n'exerce qu'une action essentiellement passagère sur la pression sanguine et la vaso-constriction périphérique. Il

faut réserver son emploi aux petites opérations et ne pas lui demander une vaso-constriction durable, qu'elle ne peut donner.

(Travail du laboratoire de Pharmacologie et matière médicale de la Faculté de Médecine de Paris.)

M. BARDET. — La communication de M. Chevalier présente, au point de vue pharmacodynamique une extrême importance, car c'est la première fois qu'il se produit, sur un médicament nouveau et déjà très employé, un travail d'ensemble appuyé sur des actes physiologiques irréfragables, puisque nous avons sous les yeux des clichés de tracés très concluants.

De ce travail, il résulte que l'adrénaline administrée à l'intérieur est capable de provoquer une augmentation de tension brutale et immédiate, comparable à un véritable coup de bélier. Nous voyons en effet qu'au bout de la deuxième minute la tension est devenue le double de ce qu'elle était auparavant. C'est un fait qu'on ne doit pas oublier, car chez des sujets dont le cœur serait atteint, dont les vaisseaux seraient déjà en hypertension, l'administration de l'adrénaline, même à très faible dose, produirait certainement des effets désastreux. Or, dans les opérations sur les dents, les dentistes ont déjà utilisé les injections d'adrénaline, conjointement à celles de cocaïne, ayant remarqué que l'action vaso-constrictive de la première amenait une augmentation de l'action anesthésiante de la seconde. Leur attention devra donc être appelée sur le danger possible de cette pratique chez des cardio-vasculaires.

Rapport.

L'alcool dans l'alimentation,

par M. TRIBOULET.

(1re Partie.)

Messieurs,

Je n'ai pas à revenir sur cette question : *L'alcool est-il un aliment?* Ce titre a le tort, comme le disait notre collègue Gallois, ici même, de laisser croire qu'on va s'occuper d'une propriété

nouvelle de l'alcool. Or, dirai-je, prenons un traité de physiologie, de trente ans, de cinquante ans même, de date, nous y trouverons un chapitre *Aliments*, comportant un sous-chapitre *Boissons*, lequel renferme un paragraphe consacré à l'alcool et aux boissons à base d'alcool. Il en était ainsi, il y a cinquante ans, il en est de même aujourd'hui, rien de neuf sur ce point : l'alcool est étudié parmi les aliments.

Mais....., il convient d'ajouter que c'est là un langage tout de convention, à usage *scientifique;* la mise en *pratique* de l'alcool-aliment est chose bien discutable, paraît-il, si on en juge d'après Atwater et Benedict, non interprétés par M. Duclaux, si on en juge par les écrits de Weiss, de Varigny, de Grandeau.

On connaît les lignes que ces auteurs ont consacrées au sujet. Je ne reviens pas sur l'historique de cette question que vous avez tous présent à la mémoire aussi bien que moi.

Cet alcool, quel *aliment* est-il? Voilà ce qui nous intéresse ici. Inutilisable pour l'homme, mauvais par ses effets, médiocre, disent les uns; assez bon, très bon, idéal, disent les autres. Fixons rapidement nos idées en nous servant des discussions passées et présentes.

Aliment du type des aliments dits *respiratoires* (acceptons le terme pour ce qu'il vaut), l'alcool ne saurait faire de réserves profitables ; l'amidon, le sucre, font du glycogène qui s'emmagasine, pour être utilisé à l'heure voulue ; il n'est rien de tel pour l'alcool — donc, aliment inférieur, médiocre. Mais, nous dit-on, aliment meilleur que vous ne pensez, car c'est un aliment d'épargne.

Aliment d'épargne, c'est-à-dire le rêve alimentaire : faire brûler un produit aux lieu et place de notre substance. J'ai pris de l'alcool, je contracte mes muscles, et pourtant leur substance ne s'usera pas, car l'alcool se brûle à la place. — L'alcool va brûler, et je conserverai mes réserves de graisse ; et je conserverai mes réserves d'albuminoïdes. — Eh bien ! messieurs, cette façon d'interpréter n'est, paraît-il, qu'une illusion. Raisonner ainsi, c'est imaginer de la vie, ce n'est pas représenter ce qui

est. — Aussi est-il étonnant de voir Bing, de Bonn, déclarer dans un écrit récent que l'alcool est supérieur aux graisses, et égal au sucre, quand toutes les constatations positives viennent prouver le contraire, à Bing lui-même. — S'il y a une supériorité pour l'alcool, et nous aurons à en reparler très prochainement, c'est qu'à ses propriétés alimentaires, il joint celle d'être *un stimulant*. M. Gautrelet a admirablement mis au point ces données diverses :

La valeur alimentaire, et par suite énergétique de l'alcool est réelle ; mais son débit énergétique étant brusque et non constant, cet aliment ne doit être logiquement employé que lorsqu'un effort considérable et temporaire est demandé à l'organisme;

Dans les autres cas, c'est-à-dire lorsque le travail à effectuer doit être soutenu, l'énergie mécanique doit être demandée aux hydrates de carbone de la *forme amylacée* ou, de préférence, de la *forme sucrée*.

Nous savons que le professeur Chauveau a amplement prouvé ces données de chimie biologique par le contrôle répété de la physiologie.

Au point de vue épargne, il semble y avoir opposition entre ces deux termes, ainsi que le dit le professeur Pouchet : l'alcool, s'il *stimule*, ne saurait *épargner*. Il faut suivre les faits de près et reconnaître par eux ceci, c'est que, pour être aliment d'*épargne*, l'alcool devrait nous éviter la déperdition des albuminoides, ce qui devrait se traduire à l'analyse par une diminution de la perte en azote. Or, comme l'a montré Rosemann, il n'en est ainsi que dans les conditions suivantes : un individu *bien nourri* qui, en plus de sa ration alimentaire, prend de l'alcool, excrète moins d'azote que s'il ne prenait pas d'alcool ; mais l'individu a-t-il une ration alimentaire insuffisante, s'il prend de l'alcool, ses pertes azotées sont au-dessus de la normale.

Or, dans le premier cas, les pertes azotées proviennent surtout des albuminoïdes circulantes, dans le second, elles proviennent forcément des albuminoïdes de constitution (puisque le sujet est insuffisamment nourri). De sorte qu'avec ce singulier

aliment d'*épargne*, on arrive à cette conclusion ironique que plus les pauvres en alimentation voudront aller à l'économie par l'alcool, plus ils augmenteront leurs pertes organiques.

Il faut rayer l'alcool de la liste des aliments d'épargne, nous dit formellement le professeur Pouchet.

L'an dernier, à l'occasion d'une étude sur le groupe alcool, kola, café, le professeur Soulier, de Lyon, a posé en conclusion de son travail que ce ne sont pas là des aliments d'*épargne*, en ce sens que ce ne sont pas des *antidéperditeurs*, mais il a vu dans ces trois produits des excitants du cœur, et aussi des *stimulants* du *pouvoir trophique*.

Eh bien, messieurs, invoquer l'excitation, le pouvoir trophique, c'est donner au produit alcool, n'est-il pas vrai, un rôle para-alimentaire; dans ces conditions, et si l'alcool n'avait d'autres propriétés que celle-ci, c'est à titre d'*alcool-condiment*, et non d'alcool-aliment que nous aurions à envisager ce produit.

Mais l'alcool a d'autres effets que de faire des réserves, ou que d'épargner la matière animale, l'alcool est un *générateur de chaleur vitale*.

Ce n'est point là une constatation nouvelle. En opposition avec certains travaux physiologiques d'il y a quelque vingt ans, qui niaient la combustion de l'alcool dans l'organisme (l'alcool sortait comme il était entré — en nature), en opposition, dis-je, avec ces conclusions, l'alcool apparaît comme un combustible parfait, au contraire, ou presque, puisque Strassmann dit qu'il s'en brûle 90 p. 100, Bödlander 95 p. 100, et qu'Atwater et Benedict ont vu cette combustion aller à 98 p. 100 de la substance introduite.

Or, 1 gramme d'alcool donne 7 calories. On voit ce qu'on peut tirer de l'alcool pour la production de chaleur. C'est un fait, et comme l'avait dit Gley au Congrès international anti-alcoolique de 1899, il ne serait pas prudent de nier cette évidence, et ce savant avait même écrit alors cette phrase devenue trop célèbre sous une autre plume : « Il ne faut jamais s'opposer à la vérité. »

Or, la vérité, et Gley l'a montré aussitôt, c'est que si l'alcool est un générateur de chaleur, il n'est pas inoffensif, et c'est aussi

sur cette action nocive que M. Weiss a appelé l'attention, c'est elle à peu près exclusivement, cette action nocive, que les cliniciens avaient jusqu'ici considérée, et malgré les tentatives de la science transcendantale, bien peu d'entre eux ont encore abandonné l'ancienne manière de voir.

L'alcool, disent-ils, serait un merveilleux combustible, s'il n'avait la propriété de brûler le corps humain qu'on lui demande de chauffer.

Eh bien, messieurs, nous pouvions croire qu'ici, comme si souvent ailleurs, le dernier mot resterait à la Clinique, nous nous étions fait illusion. Nous pensions que, pour le biologiste, il y a à considérer toujours le produit qu'il étudie : l'*agent*-l'*actif*, et la matière vivante : le *ré-actif*. Or, quelques-uns de nos savants, ayant lu Molière, nous disent : « Nous avons changé tout cela. »

Il y a désormais un moyen simple et d'une grande efficacité en faveur de la vérité, c'est de ne regarder qu'un des termes de l'expérience ; il s'agit de l'alcool, rien que de l'alcool, faisons abstraction du réactif, et, d'ailleurs, il est probable que si tout ne se passe pas entre l'alcool et le corps humain comme *la vérité vraie* voudrait qu'il en fût, c'est, à n'en pas douter, *le corps humain qui a tort*.

Nous ignorions la vraie valeur du terme aliment, et voici que nous l'allons savoir. Dans un article des *Annales de l'Institut Pasteur*, intitulé : *Qu'est-ce qu'un aliment?* nous voyons que la notion de l'aliment, accumulateur de réserves, n'est qu'une considération d'arrière-plan ; nous apprenons que « nous côtoyons l'aliment beaucoup plus que nous ne le laissons fondre en nous ». M. Duclaux, dans un exposé du plus haut intérêt, je m'empresse de le déclarer, nous fait assister à la synthèse de l'aliment et à l'analyse de sa destruction : il nous montre que l'élément aliment obéit dans tout ceci à des lois indépendantes de la cellule qui l'utilise : en effet, pour la cellule, ce qui importe, en apparence, ce sont des réserves, mais ce qui se produit en réalité en dehors d'elle, la chaleur vitale, est d'une bien autre importance. Jusqu'ici, je le répète, l'explication du maître est parfaite et d'un intérêt

majeur pour le biologiste ; mais M. Duclaux oublie absolument le biologiste et la biologie, il n'a qu'un but : c'est d'arriver à isoler de la matière vivante quelque chose d'inanimé, qui voudra bien se soumettre à ses investigations avec complaisance.

La *chaleur vitale* c'est tout, et nous nous sommes mépris sur sa provenance : elle n'est pas un résultat de nos activités fonctionnelles, comme on l'a cru : le muscle qui se contracte, l'estomac ou l'intestin qui digère, les organes qui fonctionnent, en un mot, en dégagent, mais cette chaleur n'est qu'une faible partie de notre chaleur vitale ; celle-ci, dans la nature organique, n'est pas surtout un résultat, comme on l'a toujours dit et enseigné, mais elle est un véritable *but* ; si la cellule a à fournir de la chaleur, c'est surtout au profit de l'ensemble du corps, c'est *pour le chauffage de l'usine*.

Je vous engage, messieurs, à lire ces lignes ; elles sont, je le dis, en grande sincérité, d'un haut intérêt, surtout pour un modeste homme de science, comme votre serviteur, mais leur effet est, à mon avis, très amoindri par les conclusions auxquelles elles vont conduire, et pour la préparation desquelles elles semblent avoir été écrites.

« La doctrine de l'aliment-combustible, nous dit M. Duclaux, est plus facile à étudier qu'une autre, puisqu'elle a cessé, en quelque sorte, d'être PHYSIOLOGIQUE, pour devenir une loi *physique*, dans laquelle visées des sont seules quantités mesurables de chaleur. »

Vous voyez ce que je vous laissais entrevoir, messieurs : la physiologie gêne M. Duclaux, il trouve un moyen simple de s'en affranchir, il en fait abstraction ; heureux, et d'une joie sincère, de lui substituer la bonne physique avec ses quantités mesurables.

Désormais, dans son exposé, l'auteur escamote avec la même aisance toutes les difficultés d'ordre physiologique : il rappelle pour la deuxième fois les données de l'expérience d'Atwater et Benedict, non pas avec eux, mais en interprétant à sa façon à lui. Il nous déclare que l'expérience est parfaite et nous prouve à l'évidence que nous connaissons bien TOUS les usages de l'ali-

ment; que le régime institué avait toute sa valeur *hygiénique*, et que, comme on pouvait s'y attendre, la *nature s'est montrée complètement indifférente* aux changements de régime dans lesquels on avait remplacé les féculents et le beurre par un poids d'alcool isodyname. Mais, messieurs, en quoi envisager l'aliment comme générateur de chaleur vitale, est-il, je vous le demande, en étudier *tous* les usages? Qui nous permet de déclarer que la nature et l'hygiène sont *consentantes*, alors qu'on ne les a jamais interrogées dans leur langage, et que leur *indifférence* ne peut signifier qu'ignorance de leurs premières plaintes?

Je ne le répéterai jamais assez, à vouloir être logique sur un seul point d'une question complexe, on court grand risque d'abandonner la logique sur les autres points, et je crains de pouvoir fournir quelques preuves d'illogisme de l'auteur dans les strophes triomphales qui termine l'article : Qu'est-ce qu'un aliment?

Pourquoi, pourrez-vous vous dire, messieurs, toute cette discussion critique sur un article de généralités qui ne paraît pas se rattacher directement au sujet de thérapeutique qui devait nous être exposé?

Tel n'est pas mon avis, et, pour ce rapport que vous m'avez fait l'honneur de me confier, j'ai jugé indispensable d'adopter une division en deux parties : 1° la conception théorique de l'alcool-aliment; 2° les applications à la pratique.

Or, messieurs, dans la première partie, il me semblait que j'avais, avant tout, à montrer comment un modeste médecin comme moi peut comprendre les doctrines des savants, comment le simple bon sens du praticien peut admettre, comme rejeter telle ou telle conclusion scientifique, et j'ai pensé que, par un exposé préalable, je devais vous prouver que j'avais bien compris ce que peut être l'alcool pour l'organisme humain, que je comprends aussi ce qu'il ne doit pas être. Si, dans mon exposé, je commets quelque erreur, si mon ignorance des termes techniques me conduit à quelque interprétation défectueuse, je viens demander aux savants de notre Société, à nos maîtres, à mes collègues, de

m'arrêter; si, au contraire, je reste logique avec les arguments scientifiques, et conséquent avec la pratique, c'est bien en connaissance de cause que je pourrai aborder la seconde partie de mon rapport. Voilà pourquoi, messieurs, je me suis permis de revenir devant vous sur ce sujet que vous possédez tous d'une façon complète et précise.

Parmi les arguments scientifiques dont j'ai maintenant à m'occuper, je vois en premier lieu celui-ci. A suivre la synthèse de l'aliment, à suivre les étapes de sa destruction, nous dit M. Duclaux, on voit que : « l'alcool étant un stade du progrès de démolition que subit la molécule sucrée, il était impossible que l'alcool n'apparaisse pas pendant la digestion du sucre, et que, par conséquent, de l'alcool ne soit forcément brûlé dans la profondeur des muscles même de ceux qui le repoussaient le plus religieusement en nature. »

Eh bien, si, dans une conférence antialcoolique contradictoire, un des orateurs parlait ce langage, il pourrait s'attirer un succès auprès du gros public; mais si vous ou moi nous nous exprimions ainsi devant quelques savants, je crois, messieurs, que notre sort serait peu enviable, et nous nous ferions crier : haro! je le crains.

Comment! de ce que, dans une série de décompositions successives, les molécules sucre ou amidon peuvent aboutir à de l'alcool de fermentation, il faut conclure que cet alcool se trouve tout indiqué en nature pour nos cellules. Mais cet alcool intraorganique, quel est-il? Est-ce, je le demande, un terme définitif? N'est-ce pas, au contraire, un corps en perpétuel devenir? Il y a longtemps que Schutzenberger a écrit que : « Tout aliment respiratoire, ou *de force*, subit la fermentation alcoolique, avant d'être *comburé* »; mais Schutzenberger a grand soin de ne parler du produit de cette fermentation que comme d'un alcool à *l'état naissant*, ce qui, si je ne me trompe, doit représenter un produit appelé à subir aussitôt telle ou telle transformation par combinaison, ou par décomposition. Il faut pour faire de cet alcool un produit utile, il faut l'intervention sur cet alcool, de la cellule

vivante qui en fera tout, excepté de l'alcool lequel, à l'état stationnaire de molécule C^2H^6O, serait comme un corps étranger nuisible. Or, je le demande à nos savants, s'agit-il pour donner à notre organisme le meilleur produit, le plus utile, de prendre un produit artificiellement arrêté à un stade de sa transformation, l'alcool de nos distilleries, s'agit-il d'en abreuver nos cellules pour pouvoir affirmer que : *nous leur donnons tout ce qu'elles peuvent demander de meilleur*, que c'est, pour elles, de bonne besogne toute faite?

Je n'insisterai pas, messieurs, sur cette considération que l'alcool n'est pas l'aboutissant *naturel* des fermentations; la levure doit donner de l'eau et de l'acide carbonique, quand elle travaille bien et complètement; la production d'alcool est quasi artificielle, quasi morbide si elle est le dernier terme que réalise le ferment. Je n'insisterai pas davantage sur cette autre donnée que M. Rœser, dans sa remarquable communication à la Société médico-chirurgicale de février 1903, a si bien mise en relief.

« L'alcool, avant d'aboutir au stade ultime représenté par l'eau et l'acide carbonique, passe par une phase d'oxydation préalable qui fournit deux composés toxiques, l'aldéhyde et l'acide acétique, dont la présence dans les tissus est loin d'être favorable au bon fonctionnement de la cellule. »

Et, plus loin, M. Rœser ajoute : « Sous quelque face que nous examinions la question, nous sommes forcés de reconnaître que, jusqu'à présent, la combustion intra-cellulaire de l'alcool ne donne lieu à aucune action utile, mais bien à des phénomènes *qui ressemblent beaucoup à des processus de défense*.

Je reviendrai plus loin sur cette réaction de défense pour dire comment elle doit, plus que toute autre, guider les appréciations du clinicien; mais je reviens encore à ce que M. Duclaux voudrait nous faire admettre comme vérité indiscutable par la chimie théorique.

« Les faits prédits par la théorie, nous dit le directeur de l'Institut Pasteur, sont parfaitement d'accord avec l'expérience. Tout récemment, Stoklaza et Czerny, de Prague, ont découvert dans

les tissus vivants une diastase, pareille à la zymase de Büchner, qui transforme en alcool ce que la digestion lui présente de sucre.

« Les gens audacieux, dont je suis, dit le maître, estiment que cela a été fait pour quelque chose. »

Et, répéterait, sans doute, volontiers, M. Duclaux, voilà qui fait absorber de l'alcool malgré eux, aux anti-alcooliques les plus convaincus.

Eh ! messieurs, voilà le point le plus faible d'une théorie qui doit mourir, parce qu'à rechercher la vérité par une certaine logique de convention, il est arrivé, comme eût dit Molière encore,

« Que le raisonnement a banni la raison. »

M. Rœser a déjà répondu victorieusement à cet argument débile de la théorie de l'alcool-aliment : « Les microbiologistes nous disent qu'il se forme de l'alcool partout, dans les fermentations digestives, et par suite du dédoublement du glycogène et des sucres musculaires, et cet alcool doit être autre chose qu'un résidu..., mais, dit Rœser, l'organisme sait fabriquer la quantité réclamée par ses fonctions, il ne paraît pas nécessaire de lui offrir ce qu'il possède déjà, et ce qu'il trouve le moyen de produire par lui-même, de la façon la plus naturelle, et sans fatigue. Du reste, on rencontre aussi dans les réactions cellulaires du phénol, du crésol, et d'autres substances dont la présence ne suffirait pas à légitimer l'emploi alimentaire. »

Voilà le langage que nous parlons avec notre bon sens, il vaut bien peut-être les inconséquences d'un discours de savant comme ceux-ci :

« Il y a dans nos cellules une diastase dont le rôle est de transformer en alcool ce que la digestion LUI PRÉSENTE DE SUCRE... » donc, présentons-lui de l'alcool.

Je sais bien que M. Duclaux se place parmi les gens audacieux ; moi qui suis parmi les timides, je me demande s'il n'est pas plus sage de donner du sucre à ces cellules qui ont leur

diastase spécifique capable de transformer le sucre en un alcool physiologique.

La zymase, pensé-je, moi timide, n'a probablement pas besoin de l'aide de nos moyens grossiers; et si j'étais audacieux, je dirais qu'une petite cellule sait certainement mieux ce qu'elle a à faire qu'aucun grand savant ne pourrait jamais le lui apprendre.

CONCLUSIONS DE LA PREMIÈRE PARTIE

Dans ces conditions, je résumerai tout ce que la théorie peut nous faire connaître de l'alcool sous les conclusions suivantes.

Par la théorie, nous savons que dans un tableau des matières d'alimentation, les produits à base d'alcool, et l'alcool lui-même se présentent comme des aliments. *Par la théorie*, nous affirmons que l'alcool est comme tous les hydrocarbones un combustible, et qu'à poids isodyname, il peut se substituer *dans les expériences*, au sucre et à la graisse; il apparaît ALORS comme un aliment merveilleux, quasi féerique : *le subtil*, comme disaient les alchimistes, capable de faire tout, avec rien ou presque... mais, ont reconnu les biologistes, l'homme paraît mal approprié à la consommation de ce produit.

Le médecin doit connaître les conclusions de la chimie théorique et celles de la biologie; il sait faire la part des études analytiques qui voient l'alcool et toutes ses *possibilités* bienfaisantes (telle la chimie théorique), et celle des études synthétiques qui voient l'alcool et toutes ses *réalités* malfaisantes (telle la physiologie pathologique).

Il n'y a plus à revenir sur tout ceci. — Messieurs les savants, donnez-nous un alcool qui soit bienfaisant — et qui ne puisse pas nuire. Jusque-là nous nous en tiendrons, nous médecins, au premier principe thérapeutique du père de la médecine : *Primo, non noecre* — ou, si l'on préfère au proverbe : *Dans le doute, abstiens-toi.*

Si l'alcool est un combustible isodyname de haute valeur pour le chimiste, en pratique médicale nous allons avoir à nous

demander : si la substitution peut se faire, en laissant l'organisme humain *indifférent* ; si elle peut se faire *avec profit* pour cet organisme, et dans quels cas à déterminer soigneusement. Dans quelles conditions, par contre, la substitution ne se fait qu'*avec danger*.

Ayant à tenir compte tour à tour des individualités humaines des groupements d'individualités par *tempérament*, par agglomérations sociales, par groupes ethniques, ayant à tenir compte des moments physiologiques de l'existence du même sujet, de ses ambiances physiques, intellectuelles ou morales, de son état de santé ou de maladie, vous prévoyez, messieurs, de quelle étendue et de quelle complexité va être le chapitre des applications pratiques de l'alcool à l'alimentation, qui fera la deuxième partie de ce rapport, et vous comprenez comment, devant l'importance du sujet, il me paraissait indispensable de vous prouver que votre rapporteur, s'il attache la valeur prépondérante aux faits de l'observation clinique, n'est nullement de parti pris, et qu'il n'ignore pas entièrement, il le croit du moins, les arguments de la théorie.

(*A suivre.*)

REVUE DES TRAVAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

Pharmacologie.

De l'emploi de la levure de bière en thérapeutique. — Dans les furoncles, anthrax et toutes les dermatoses suppurées d'origine interne comme l'impétigo, les folliculites sycosiformes, les orgelets, la levure de bière donne des résultats merveilleux et c'est là, suivant M. Durand (de Caluire), sa véritable indication (*Lyon médical*, 9 février 1902).

Elle modifie aussi d'une façon très heureuse nombre de troubles gastro-intestinaux d'origine infectieuse (gastro-entérite infantile,

fièvre typhoïde) en atténuant la virulence des sécrétions intestinales par une action pour ainsi dire topique.

Enfin, en applications locales, elle peut constituer dans certains cas un véritable pansement antiseptique (écoulements vaginaux, angines, suppurations cutanées, brûlures).

Les ferments constitutifs de la levure paraissent avoir une action élective sur les micro-organismes de la suppuration et particulièrement sur le staphylocoque doré, agent pathogène de la furonculose. Dans ce cas, leur action est exceptionnellement rapide et comparable à celle des sérums antitoxiques et particulièrement du sérum antidiphtérique.

Au point de vue de son action sur les agents streptococciques, il serait peut-être intéressant d'essayer la levure de bière sur les angines diphtériques associées où le sérum de Roux est souvent si peu efficace.

Quoi qu'il en soit, la thérapeutique trouve actuellement dans la levure un agent antiseptique puissant, susceptible de modifier heureusement nombre d'états infectieux.

Quant au mode d'administration, la pharmacie a trouvé actuellement des procédés spéciaux de dessiccation de la levure qui en fait un produit stable, d'une conservation indéfinie, mieux supportée par l'estomac, sans en altérer en rien le pouvoir fermentescible.

Les levures sèches se présentent sous forme d'une poudre de couleur marron insoluble, mais facile à délayer dans un liquide quelconque.

On l'administre soit en poudre délayée dans de l'eau ou une boisson gazeuse qui en marque la saveur un peu fade, soit en cachets, soit en comprimés.

A l'intérieur, elle se prend à la dose moyenne de trois cuillerées à café par jour; en lavements, à la dose d'une bonne cuillerée à bouche délayée dans 150 grammes d'eau bouillie.

Il est toujours bon, avant d'employer une levure sèche, de s'assurer de sa valeur comme ferment en la délayant dans une solution sucrée et en l'exposant à une température de 25 à 35°.

Si le produit est bon, la fermentation doit s'établir rapidement. Les levures à fermentation tardive ne possèdent qu'un ferment affaibli et ne sauraient donner de bons résultats.

Médecine générale.

Le diplostreptocoque de rhumatisme. — Exposé des travaux bactériologiques des trois dernières années; résultats expérimentaux; essais thérapeutiques. — L'étude des cocci, dit M. Triboulet (*Gaz. des hôpitaux*, décembre 1902), a pris dans ces quatre ou cinq dernières années une place prépondérante dans l'histoire bactériologique du rhumatisme.

Dans plusieurs centres scientifiques différents et même distants, on aurait rencontré avec fréquence, avec constance même, disent les plus fortunés chercheurs, un *diplococcus* qui paraît bien être celui qu'ont mis en évidence nos premiers travaux français de 1897.

Ce diplostreptocoque est envisagé par les uns comme un streptocoque quelconque (Singer); par les autres, comme un streptocoque ayant gagné, par son séjour et son passage sur le milieu humain, une quasi-spécificité, plus humorale que microbienne (Menzer); pour d'autres enfin, ce diplostreptocoque est vraiment l'agent pathogène *spécifique* du rhumatisme articulaire aigu (Leyden, Litten, Wassermann, F. Meyer en Allemagne, Poynton et Paine, en Angleterre).

Pour prouver cette spécificité, ces derniers auteurs invoquent un argument expérimental irréfutable : les uns comme les autres, en Allemagne comme en Angleterre, auraient *reproduit expérimentalement le rhumatisme articulaire aigu.*

Bien qu'ayant envisagé la spécificité sous un aspect un peu différent de la conception ordinaire, Menzer prétend justifier ses idées par un argument décisif, celui de la thérapeutique étiologique; et par le maniement du streptocoque morbifère et par le passage dans des milieux chimiques et vivants choisis avec discernement, il arrive à la production d'un sérum curatif de la fièvre rhumatismale et de ses complications.

On voit que, tandis qu'en France nous paraissons nous être momentanément désintéressés des recherches sur le rhumatisme articulaire aigu, la question a trouvé à l'étranger un accueil des plus favorables, bien justifié, il faut le reconnaître, si on en juge par les résultats que nous venons d'énoncer.

Maladies du tube digestif et de ses annexes.

Traitement de la lithiase biliaire. — Pour combattre les premières coliques hépatiques, qui sont d'ordinaire peu intenses, Kraus (*Prager med. Wochenschrift*, nos 35-36, p. 1902) recommande l'antipyrine. On appliquera en outre des compresses chaudes sur la région hépatique. Les crises plus violentes seront traitées par les injections de morphine, les inhalations de chloroforme, la saignée si le sujet est très robuste. Les lavements et purgatifs n'interviendront que douze à dix-huit heures après la fin de l'accès.

Pour favoriser l'évacuation d'un calcul engagé dans le cholédoque, l'auteur prescrit :

Calomel		0 gr. 50
Podophyllin	ââ	0 » 25
Evonymin		
Extrait de belladone		0 » 15

Poudre de réglisse q. s. pour faire dix pilules.

L'huile d'olives ne paraît pas à l'auteur exercer une action quelconque : elle provoque en outre facilement des nausées et autres troubles dyspeptiques.

Parmi les eaux minérales, Carlsbad semble de beaucoup la station la plus efficace : les cures (300 grammes d'eau par jour, pendant trois semaines) devraient être faites, soit à Carlsbad, soit à domicile, deux ou trois fois par an.

Dans les cas graves, il ne faut pas hésiter à recommander l'intervention opératoire, car les complications sont toujours à craindre et peuvent se manifester inopinément.

FORMULAIRE

Traitement de la pelade.

Après avoir coupé les cheveux ras, on savonne et lave tous les jours avec :

Bichlorure de mercure.............	0 gr. 10
Acide acétique....................	1 »
Alcool à 90°......................	100 »
Éther.............................	} åâ 50 gr.
Alcoolat de lavande...............	}

Plus tard on fait des lotions excitantes avec :

Ammoniaque..........................	5 gr.
Essence de térébenthine.............	25 »
Alcool camphré......................	125 »

ou :

Acide acétique......................	1 à 5 gr.
Chloral.............................	5 »
Éther...............................	25 »

Solution contre l'otorrhée chronique.

Iodure de potassium.................	1 gr.
Teinture d'iode.....................	10 »
Alcool absolu.......................	} ââ 15 »
Glycérine...........................	}
Iodoforme pulvérisée................	1 »

F. s. a. — Injecter une certaine quantité de ce liquide dans le conduit auditif et la caisse du tympan.

Le Gérant : O. DOIN

Imp. F. Levé, 17, rue Cassette. — Paris-6e



Les bègues en France. — Lait et mortalité infantile. — Protection de l'enfance. — L'équation de la maladie. — Projet d'un camp pour tuberculeux à New-York. — Projet d'attentat au bacille pesteux. — Un cas de peste à Berlin.

Le bégaiement étant, s'il est très prononcé, une cause d'exemption du service militaire, M. Chervin en a cherché la fréquence et la répartition. La France tiendrait le record du bégaiement avec 7,50 p. 1.000 conscrits examinés! Viendraient ensuite la Suisse avec 3,33; l'Angleterre avec 2,87; l'Autriche-Hongrie avec 2,20; la Belgique avec 2,10; l'Italie avec 0,86 et la Russie avec 0,19. Pourquoi tant de bègues en France et si peu en Russie? M. Chervin ne l'explique pas. En France, au reste, la répartition est assez inégale. Sur 1.000 conscrits on trouve un bègue dans les départements de la Seine, du Doubs, de la Côte-d'Or, de l'Aisne, en Corse, tandis qu'on en compte 25 à 30 dans l'Hérault, le Finistère et les Côtes-du-Nord.



La plupart des maladies des enfants sont étroitement liées à la qualité du lait fourni, un lait pur étant le meilleur préservatif de la santé. C'est ce qui résulte de la comparaison qu'a faite M. Emile Berliner de la mortalité infantile dans deux villes différentes, de Hanovre en Allemagne, et de Washington aux États-Unis. La première, passant pour une cité modèle, avec son adduction d'eau

irréprochable et ses rues d'une propreté scrupuleuse, paraissait devoir fournir une mortalité infantile moins élevée que la seconde, qui, tout en étant parfaitement propre, n'a pas cependant une eau de boisson à l'abri de toute critique, et dont un tiers de la population est composé de nègres. Eh bien, c'est le contraire qui se produit; la mortalité infantile est de 60 p. 100 plus forte à Hanovre qu'à Washington.

M. Berliner attribue cette forte mortalité à l'impureté du lait due à une inspection défectueuse. A Hanovre, il n'existe, à proprement parler, ni règlements sur la vente du lait, ni inspection des étables. La seule adultération punie est le mouillage. A Washington, on possède une bonne réglementation du commerce du lait et l'inspection y est aussi parfaite qu'on peut l'espérer.



La Commission permanente de l'hygiène de l'enfance a proposé à l'Académie d'émettre le vœu que l'on modifiât la loi Roussel, en restreignant de sept mois à trois mois le délai exigé pour l'allaitement au sein d'un nourrisson avant que sa mère puisse se placer nourrice sur lieux. Grâce à l'éloquente intervention de M. Pinard, l'Académie a refusé d'entrer dans cette voie et a maintenu le chiffre de sept mois.



Un essayiste anglais, lit-on dans la *Médecine moderne*, a proposé de formuler par l'équation suivante le rapport de la maladie aux microbes :

$$D = \frac{MVN}{R}$$

D, représentant la maladie, égale M, le microbe, multiplié par V, sa virulence, multiplié par N, son nombre; le produit étant divisé par R, la résistance de l'individu attaqué.



Le bureau de santé de la ville de New-York a soumis à l'approbation de la municipalité le projet d'un camp pour tuberculeux hors de l'enceinte de la cité, sur un terrain d'une certaine altitude, à 50 milles de New-York, dans un endroit éloigné de tout village, où l'on dresserait une série de tentes suffisamment confortables, mais relativement peu coûteuses. Chaque tente pourrait contenir deux ou trois personnes et coûterait 100 dollars environ.



Des menaces fantastiques ont été proférées par les Macédoniens. Ceux-ci, dit la *Gazette de Sofia*, possèdent quelques bouteilles de bacilles de la peste bubonique indienne qu'ils ont préparés de longue date. Ils les répandront au milieu des foyers pestilentiels de Constantinople et de Salonique, dans les eaux, dans les victuailles, partout, de façon que la peste éclate et se répande en Turquie, obligeant le Sultan, ses fonctionnaires, sa maison et les Turcs à prendre la fuite, tandis que les Macédoniens se tiendront dans leurs montagnes où la peste n'a jamais pénétré. Quand le fléau aura fait son œuvre, ils descendront dans la plaine pour achever les Turcs par le fer et par le feu!

Cela prouve que les révolutionnaires macédoniens sont décidés à ne reculer devant aucun moyen qui assurerait l'extermination des Turcs.



A l'hôpital de la Charité, à Berlin, vient de mourir, dans un pavillon d'isolement, un jeune médecin viennois, M. Sachs, qui s'occupait de travaux bactériologiques à l'Institut pour l'étude des maladies infectieuses. Comme on a relevé des indices pouvant faire supposer qu'il a succombé à la peste, il a été procédé à

des examens qui ont permis de reconnaître le microbe de cette maladie. Toutes les mesures ont été prises pour éteindre sur place ce cas de peste et s'opposer à sa dissémination.

⁂

M. Roux a récemment communiqué à l'*Académie des Sciences* une notice de M. Calmette, relative à l'action immunisante du sérum antitétanique sec, employé au pansement des plaies tétanigènes. Des expériences de laboratoire ont démontré au professeur de Lille que l'immunisation pouvait avoir lieu presque constamment chez les cobayes, si la lésion susceptible de provoquer le tétanos était pansée ou saupoudrée quelques heures après, tout en n'oubliant pas cependant qu'au bout de sept heures l'action n'est plus certaine.

M. Calmette estime que ce mode de pansement peut avoir du bon pour le soldat en campagne, notamment dans les colonies, où le tétanos est bien commun. Adopté pour le pansement des plaies ombilicales chez les jeunes enfants, il réaliserait de la manière la plus simple la meilleure des prophylaxies contre le tétanos des nouveau-nés qui, dans certaines régions du globe, représente un des principaux facteurs de la mortalité infantile.

Le sérum antitétanique à l'état sec conserverait indéfiniment son activité préventive. Son emploi pour le pansement des plaies ne présente, s'il est bien préparé, aucun inconvénient et n'exige aucune instrumentation spéciale. Il peut être mis entre les mains les plus inexpérimentées.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

SÉANCE DU 10 JUIN 1903

Présidence de M. MATHIEU.

Le procès-verbal de la dernière séance, lu et mis aux voix, est adopté.

Communications.

I. — *De l'importance de l'hygiène dans les maladies neuro-arthritiques. Auto-observation,*

par M. RAFFRAY, *correspondant.*

J'ai eu l'honneur d'offrir à la Société de Thérapeutique mon étude sur les déséquilibrés du système nerveux. Je voudrais aujourd'hui communiquer ma propre observation qui est la condensation des théories que j'ai passées en revue dans mon volume.

Agé de trente-six ans, je suis issu d'une famille éminemment neuro-arthritique. Dans mes antécédents héréditaires je relève les maladies suivantes : le rhumatisme déformant, le diabète, la lithiase biliaire et rénale, l'asthme et la migraine.

Comme antécédents personnels, j'ai eu la rougeole, de la laryngite striduleuse, des terreurs nocturnes, des douleurs de croissance et de nombreuses épistaxis. Aucun autre désordre à signaler jusqu'à l'âge de vingt ans.

Vers l'âge de vingt-cinq ans, mon hygiène était la suivante : pas de surmenage cérébral ni physique, mais, doué d'un excellent appétit, je mangeais bien et j'étais très friand de l'alimentation carnée. Je commençai, à cette époque, à éprouver des bouffées de chaleur à la face, à avoir, de temps à autre, un peu de céphalal-

gie et à 'souffrir atrocement des reins, au point de me croire atteint de lithiase rénale.

A partir de ce moment jusqu'en 1900, pendant une période de sept ans, ma santé a été troublée et je suis devenu un déséquilibré du système nerveux à localisations variées. Qu'il me soit permis de passer en revue les différents appareils et de consigner les désordres multiples dont ils ont été le siège. Du côté cérébro-médullaire et de leurs expansions périphériques : maux de tête, somnolence après les repas, sommeil agité, rêvasseries, cauchemars. Brisement général des membres au réveil. Douleurs rhumatoïdes au niveau des genoux et des poignets. Douleurs atroces de la région lombaire.

Bouffées de chaleur à la face, lobules de l'oreille, à certains moments, chauds et luisants.

Transpirations faciles et profuses, surtout au niveau des mains qui perlaient à la suite de la moindre émotion.

Manifestations multiples et récidivantes d'herpétisme, telles qu séborrhée du cuir chevelu et de la région thoracique antérieure, pityriasis simplex de la face, intertrigo des plis cruraux, eczéma sec furfuracé des conduits auditifs.

Du côté de l'appareil cardio-vasculaire : palpitations fréquentes, hypertension du pouls, lequel était tendu et rapide, surtout après les repas, variant de 108 à 120 à la minute. Essoufflement facile à la marche.

Appareil digestif : estomac excellent, sauf quelques gaz. Ballonnement abdominal, surtout après les repas, sensation de tension douloureuse. Parésie intestinale accompagnée de trois crises hémorroïdaires.

Appareil urinaire : urines uratiques, le plus souvent très hautes en couleur.

Embonpoint exagéré : 92 kilogrammes.

Pendant toute cette période, mon hygiène était la suivante : travail cérébral, régulier, sans surmenage; fatigue physique, mais peu d'exercice; enfin, hygiène alimentaire défectueuse, prenant mes repas à des heures irrégulières et vite, mangeant de tout et

bien, sortant de table l'appétit satisfait. Buvant environ un demi-litre de vin à chaque repas. Café au lait le matin et l'après-midi, fumeur modéré.

Ennemi du médicament, je prenais néanmoins de temps à autre un laxatif, mais surtout de l'antipyrine dont je faisais un usage régulier deux fois la semaine afin de calmer mes maux de tête.

Voilà quel était mon bilan au 1er janvier 1900. M'étant rendu compte pendant cinq années de pratique de l'infériorité du médicament vis-à-vis de l'hygiène, et appuyé sur l'autorité de M. Huchard qui a, depuis si longtemps, attiré l'attention du corps médical sur les bienfaits de l'hygiène alimentaire, je résolus de modifier du tout au tout ma façon de vivre. Je me mis au régime suivant que je suis strictement depuis le 1er janvier 1900.

Au réveil, une tasse de chocolat.

A 8 heures, un demi-litre de lait.

Déjeuner vers 11 heures. Ce repas, le plus important, se compose d'un seul plat de viande, de deux légumes, d'un dessert et d'environ 200 grammes de pain.

Dîner à 7 heures. Il consiste en un potage gras ou maigre, de deux œufs, d'un légume, d'un fruit et 150 grammes de pain.

Suppression absolue de thé, café, vin et de tout alcool. Pas de tabac.

Le résultat ne fut pas très brillant tout d'abord : je me sentais plus fatigué, mon appétit avait diminué, par suite de la suppression de tous les excitants de la table, mais je persévérai, et, au bout de six à huit mois, je recueillis les bénéfices de ma sagesse en voyant tous les symptômes pénibles que je présentais disparaître les uns après les autres. J'étais, au bout de dix-huit mois, un tout autre homme; j'éprouvais une sensation de bien-être inconnue depuis sept ans; en un mot, j'avais retrouvé mon équilibre. Mes maux de tête étaient un vieux souvenir, après une journée de fatigue j'étais aussi dispos qu'à mon réveil; j'ignorais cet état de pléthore abdominal si gênant, mes varices hémorroïdales étaient muettes; je retrouvai ma souplesse articulaire,

j'avais un pouls à 80 et 84 à la minute, et mon poids n'était plus que de 83 kilogrammes.

Ce résultat était dû uniquement à mon régime, car, du côté cérébral, je ne me ménageais point. En sus de ma clientèle et sans prendre un seul jour de congé, je trouvais moyen de mener à bonne fin mon étude sur les déséquilibrés du système nerveux.

Ce qui prouve que le régime n'est pas tout et que les cellules cérébro-médullaires peuvent à elles seules créer de toutes pièces la déséquilibration nerveuse, lorsqu'elles sont troublées par surmenage, anxiété, fatigue, etc., c'est le fait suivant. Pendant l'été de 1902, je fus excessivement surmené par ma clientèle; en même temps je terminai mon travail, que je désirais adresser à mon maître le Dr Barth, à une époque déterminée. Sous l'influence de ma suractivité nerveuse, et bien que je n'eusse rien changé à mon hygiène alimentaire, ma déséquilibration, latente depuis bien des mois, se montra de nouveau sous forme de quelques nouveaux symptômes : des vertiges, de l'insomnie, des palpitations excessivement fortes, de l'éréthisme cardio-vasculaire, et deux fois, à 11 heures, je fus réveillé par une crise d'angine de poitrine des plus pénibles.

Je rattachai ces désordres à mon surmenage cérébral, et, du jour où j'expédiai mon manuscrit, je retrouvai mon équilibre, un instant troublé.

Il me serait facile de rapporter de nombreuses observations calquées sur la mienne, où j'ai obtenu des guérisons surprenantes avec le minimum de médicaments, mais où j'ai triomphé uniquement parce que je me suis attaché à rechercher toujours la cause de la déséquilibration, laquelle, je l'ai démontré, réside dans le cerveau, la moelle épinière ou le plexus solaire, cause qui est psychique, physique, alimentaire ou infectieuse.

Le médicament n'est qu'un adjuvant, et c'est tout. Il est tout puissant vis-à-vis du paroxysme : il calme le malade ; il le soulage, mais il ne le guérit pas. L'équilibre parfait, le retour à l'état de santé, ne peut être obtenu qu'en réglant l'hygiène des centres qui a été violée.

Je me suis toujours appliqué à suivre ces règles pour les enfants, et les résultats sont d'autant plus beaux que, chez eux, la déséquilibration cérébrale primitive n'existe pas, et tous les soins doivent se porter exclusivement sur le plexus solaire qui est seul responsable, à cet âge, de la déséquilibration nerveuse. C'est ainsi que mes deux enfants, âgés de cinq et trois ans, ont tous les attributs de la santé, malgré qu'ils n'aient jamais pris un seul médicament réputé tonique ou fortifiant, mais ils ignorent l'existence du thé, du café, du vin, et la viande ne figure jamais à leur repas du soir.

Je crois tous ces principes d'hygiène si vrais et si satisfaisants dans leurs résultats, que je n'ai cessé, depuis quatre ans, de les répandre dans ma sphère d'action, malgré l'opposition bien vive que j'ai rencontrée du côté du public et de certains de mes confrères. Mon but, en publiant mon travail sur la déséquilibration nerveuse, est de les divulguer, de les vulgariser et de les rendre utiles et profitables à tous.

Quelle que soit l'opinion que vous ayez sur mes théories, je vous demande à ne pas vous prononcer avant de mettre en pratique les idées que j'ai exposées, car je suis convaincu que vous vous rallierez aux miennes après avoir suivi strictement les notions que j'ai développées dans mon travail, et je terminerai cette communication en m'inspirant d'une phrase de Richelot : « Les meilleurs raisonnements ne sauraient prévaloir contre les faits, et il faut s'incliner devant tout procédé qui guérit, j'ajouterai qui prévient, car seule l'hygiène peut opposer une barrière à toutes les maladies du type neuro-arthritique, maladies qui ont considérablement augmenté de fréquence depuis ces trente dernières années.

M. LE PRÉSIDENT. — Je crois être l'interprète de la Société de Thérapeutique en remerciant M. Raffray de son plaidoyer en faveur de l'hygiène alimentaire : il est un exemple très net des dangers que peut faire courir à un prédisposé notre alimentation trop civilisée, compliquée de surmenage cérébral. On ne saurait

mieux faire que d'accepter et de propager les idées de notre collègue.

II. — *Étude de la théocine*,

par M. THOMAS (de Genève), *correspondant.*

Sous le nom de Théocine, on désigne une diméthyl-xanthine extraite du thé et préparée ensuite synthétiquement par Traube. Elle se présente sous forme d'une poudre blanche, assez facilement soluble dans l'eau chaude, et surtout dans l'eau additionnée de 1 p. 100 de carbonate de soude. On peut aussi l'employer combinée avec le cinnamate de soude. Elle sera facilement administrée chez l'homme à l'état naturel ou dans un peu de thé chaud.

Au Congrès des médecins et naturalistes allemands à Carlsbad en 1902, Dreser a présenté un résumé de ses recherches expérimentales; à la dose de 0 gr. 10 par kilogramme, chez le chat, cette substance donne lieu à des convulsions ; il n'a pas constaté d'augmentation dans l'énergie cardiaque, ni dans le volume du pouls. L'excitabilité du système nerveux serait le même avec la théocine qu'avec la caféine ; par la cryoscopie, on constate l'augmentation dans un temps donné de la quantité d'eau excrétée par le rein et du nombre total des molécules. La diurèse est très considérable. Je n'ai malheureusement pas pu me procurer le texte du rapport de Dreser et ai dû me contenter du résumé qu'en donne Minkowski, dans son travail clinique (*Therapie der Gegenwart*, p. 490, nov. 1902).

Auparavant Ach (*Arch. f. experiment. Pathologie u. Pharmak.*, vol. XLIV, p. 319) a présenté le résultat de ses recherches en ce qui concerne la diurèse ; procédant, soit par expression de la vessie, soit après fixation d'une canule intra-vésicale chez l'animal chloralisé, il a pu obtenir une quantité d'urine trente fois supérieure à celle que l'on constate dans les conditions normales ; les reins, examinés ensuite macro et microscopiquement, ne présentent aucune altération.

Cette influence si puissante sur la diurèse que Minkowski, Schleisinger, Meinertz, Dœring, Kramer, ont retrouvée chez leurs malades, m'ont engagé à faire l'étude expérimentale de cette substance, et c'est le résumé de ces recherches que je viens soumettre à la Société de Thérapeutique.

Elles ont été pratiquées sur des lapins (au nombre de 12), non anesthésiés ; l'animal est fixé sur un plateau, la carotide reliée au kymographion de Ludwig ; une canule dans l'artère fémorale laisse pénétrer ainsi très progressivement la substance dans le sang.

La théocine a été employée en solution sodée à 1 p. 100 à la dose de 1 à 3 cc. à chaque injection à des temps variables du reste. Dans une expérience, j'ai procédé sur l'animal en liberté en me servant de la veine auriculaire comme voie d'introduction.

Ce qui caractérise avant tout l'action de la théocine, c'est l'excitation du système nerveux ; dès les premières injections, à la dose de 0 gr. 034 par kilogramme, il se produit du tremblement et des secousses musculaires ; ces phénomènes vont en s'accentuant et, chez l'animal libre, sont peu à peu remplacés par un état de parésie avec raideur ; à la fin, on constate une véritable paralysie. Le lapin libre est mort avec une dose totale de 0 gr. 17, soit 0 gr. 115 par kilogramme.

Sans aller jusque-là, il est certain que les secousses fréquentes, en rapport avec une excitation du système nerveux central, sont très préjudiciables par la fatigue qu'elles produisent. Elles constituent aussi une difficulté dans l'appréciation de la courbe de pression, un essai d'y remédier par la curarisation préalable n'a pas réussi. On peut cependant injecter la théocine à petites doses (0,01) et à intervalles éloignés de dix minutes environ ; les numérations se font alors dans une période de tranquillité complète.

L'influence sur la pression sanguine à la dose de 0,041 par kilogramme est nulle ou très légère (dépression maximale 2 à 3 millimètres) ; il y a cependant des variations individuelles assez

marquées, et c'est ici qu'il faut faire intervenir un autre facteur, l'accélération des pulsations. Ce phénomène est constant dans toutes mes expériences. Si l'accélération est très forte dès le début et que le nombre des pulsations atteigne et surtout dépasse le chiffre de 300 par minute, la pression ne tarde pas à s'abaisser. Ce dernier fait se produit toujours dès qu'on dépasse la dose sus-indiquée et la dépression, suivant les cas, peut atteindre des chiffres élevés (24 millimètres une fois à la dose de 0,074 par kilogramme).

Lorsque, au début de l'expérience, on emploie d'emblée une dose de 0,02, on observe une élévation transitoire de la pression de 5 à 10 millimètres; elle paraît due à une excitation du centre vasomoteur. C'est ce que démontre l'injection de théocine chez l'animal chloralisé (0,20 par kilogramme).

La pression remonte et l'animal peut tolérer facilement 0,06 par kilogramme avant qu'elle présente une tendance à l'abaissement.

L'accélération des pulsations est très prononcés dès le début ; puis, en général, leur nombre se maintient sans grandes variations pendant toute la durée de l'expérience. Chez l'animal chloralisé, sans qu'il me soit possible de donner des chiffres très exacts à cause de la perturbation dans les contractions cardiaques, cette influence accélératrice de la théocine est de beaucoup diminuée; elle dépend donc de l'excitation des ganglions intra-cardiaques.

A mesure que les doses progressent, la forme des pulsations se modifie; le pouls alternant ou bigéminé est fréquent; il survient enfin une véritable asystolie; l'amplitude aussi est très diminuée.

Quant à l'influence sur la diurèse, elle est considérable; ni la théobromine, ni l'agurine n'en offrent une pareille; chez le lapin resté libre, la miction s'est produite six fois, l'expérience ayant duré une heure vingt-cinq; cette urine devient très rapidement claire et elle est très abondante; chez l'animal chloralisé, cette influence est réduite.

En résumé, la théocine se présente comme un diurétique très puissant, agissant surtout par influence directe sur le rein. Mais son action sur le cœur et le système nerveux est très précoce; Minkowski l'a employée à la dose maxima de 1 gr. 50 par vingt-quatre heures, les quelques auteurs qui l'ont suivi recommandent des doses inférieures à 1 gramme. Ils n'ont pas constaté d'influence nocive sur l'appareil rénal.

Une étude clinique attentive pourra nous montrer si véritablement ce nouveau médicament mérite de prendre sa place dans l'arsenal thérapeutique. Les conclusions de Huchard (*Journal des Praticiens*, 1903, p. 313), sans contester la puissance diurétique de la théocine, ne me paraissent cependant pas très favorables.

Rapport.

L'alcool dans l'alimentation,

par M. TRIBOULET.

(2e Partie)

Une classification des aliments nous fait reconnaître : 1° des substances alimentaires *indispensables*, minérales et organiques, sans substitution possible, en raison de leur spécificité chimique, pour ainsi dire : tels les minéraux (sodium, potassium, fer, etc.); 2° des aliments *combustibles*, pour lesquels il peut y avoir substitution à poids isodyname; et parmi ces aliments-combustibles se trouve justement l'*alcool*.

Nous avons à définir : *a*) comment ce produit peut être ajouté à un régime alimentaire à titre utile; *b*) comment il peut entrer dans notre alimentation, sans y provoquer de modifications bien appréciables, en un mot, à titre quasi indifférent; nous avons à établir enfin : c) quelles perturbations il peut déterminer, quel danger il peut représenter pour notre nutrition.

a) *Utilisation de l'alcool dans l'alimentation.*

L'alcool n'apparaît pas comme indispensable pour l'alimenta-

tion, et je n'ai pas à faire de grands frais d'historique pour montrer que le produit en question n'est apparu à titre alimentaire que pour les générations actuelles. On peut supposer, avec les audacieux, que c'est là un des progrès de la civilisation alimentaire, et qu'en réalité l'industrie nous a dotés d'un précieux combustible à employer comme remplaçant. Mais les faits parlent contre cette théorie, et les chiffres sont éloquents. Pour dégager 100 calories, il faut 24 grammes de sucre, 28 grammes de riz, 100 grammes de pommes de terre, ou 150 grammes de lait ; tandis qu'il suffit de 15 grammes, à peine, d'alcool. Mais, nous dit H. Roger, un voyageur qui se fierait à cet exposé, pour emporter le meilleur aliment-combustible, sous le plus petit volume possible, irait au-devant de singuliers mécomptes. Les 15 grammes d'alcool sont de l'alcool absolu, liquide caustique, imbuvable. Il faut donc de l'eau pour l'étendre, et encore ce mélange est-il des moins agréables. Si on veut se servir de vin titrant 8 à 9 d'alcool, pour fournir 100 calories, il faudrait en prendre 150 grammes. Or, à poids égal, le lait donne exactement la même quantité d'énergie ; c'est, de plus, un aliment *azoté*...

Sous forme d'eau-de-vie à 55°, une dose de 25 grammes nous donnerait bien les 100 calories voulues ; mais pourquoi cette eau-de-vie, alors que 24 grammes de sucre procureraient le même total calorique ?

Interrogeons les réalités de l'existence, nous voyons que très heureusement, dans la majorité des cas, l'instinct a guidé les gens mieux que la science, la substitution de l'alcool aux autres hydrocarbones est assez exceptionnelle dans les régimes. Aussi bien l'alcool n'est-il pas un aliment de remplacement ; mais son utilisation ne peut-elle guère se faire qu'à titre de supplément. Ch. Richet et Lapicque, à l'article « Aliments » du *Dictionnaire de physiologie*, considèrent l'alcool comme pouvant apparaître dans ce qu'ils appellent la *ration de luxe*. Ces auteurs déclarent que des suppléments d'alimentation sont nécessaires ; qu'il faut, non pas un supplément d'azotés, mais bien d'hydrocarbonés ; qu'il y a nécessité d'*un luxe* de calories : ils réclament, eux aussi,

un excès de charbon pour la machine. Mais quel sera, dans ce but, l'aliment combustible à choisir?

Avec les graisses, avec le sucre, on est sûr de ce qu'on va faire; ce sont là des matériaux de bon travail physiologique; avec eux les réactions utiles se feront *au bon endroit, et au bon moment*, et n'est-ce pas là le vrai critérium pour un aliment? En peut-on dire autant de l'alcool? Non, jusqu'à nouvel ordre, semble-t-il. L'alcool peut être un fort précieux aliment, mais il faudrait d'abord en régler l'usage.

Or, si les savants peuvent poser des indications à titre de généralités, il faut pour faire passer leurs formules théoriques dans le formulaire de la vie réelle des arguments d'un nouvel ordre.

« Pourquoi, nous dit H. Labbé, dans un remarquable article de la *Presse médicale*, pourquoi une question, en apparence si simple, autorise-t-elle tant de controverses? C'est que, comme toutes les questions de la biochimie moderne, elle emprunte les éléments de ses solutions à des sciences diverses, qui utilisent des méthodes bien différentes et des raisonnements souvent opposés. »

Ici, à la Société de Thérapeutique, aux méthodes impeccables, aux raisonnements les plus serrés, nous préférerons même encore de simples faits. Quelle conviction chacun de nous ne se fût-il pas faite si, dédaignant l'abstraction pure, un savant nous eût dit : « L'alcool est un aliment; il se substitue à tel ou tel autre aliment à telle dose, soit quotidienne, soit répétée deux, trois fois par jour, ou même davantage. Personnellement, je l'emploie de telle façon; dans ma famille, je le prescris ainsi : les personnes âgées limitent la dose, comme les enfants, les femmes, à peu près... A plusieurs reprises, j'ai, pour moi, pour les miens, doublé la dose; il n'y a eu aucun inconvénient, il n'y a même eu que des avantages : le travail manuel des uns, le travail intellectuel des autres, a bénéficié dans telle proportion, ce que des chiffres comparatifs nous prouvent très clairement. J'ajoute également que la nature et l'hygiène se sont toujours montrées satisfaites; ou bien il m'a semblé qu'à partir de telle

dose augmentée, qu'à partir de telle série de 4, 6, 8 ou 10 jours, etc., on voyait survenir de l'accoutumance, de l'intolérance, ou bien il fallait dire : des expériences de ce genre ont été faites quotidiennement autour de nous, et nous sommes arrivés à telles conclusions, etc. »

Voici ce qui se passe couramment dans nos Sociétés savantes, alors qu'il s'agit de mettre en valeur tel produit de consommation plus ou moins nouveau, ou discutable, ou discuté, tout comme s'il s'agissait d'un médicament. Aux propriétés de l'agent, en soi, on adjoint, pour les confondre ou pour les opposer, les manifestations réactionnelles de l'organisme humain. C'est justement ce que les biologistes ont fait à propos de l'alcool, et nous allons voir les renseignements qu'en ont tirés des physiologistes comme Richet, Hanriot, Lapicque, et des maîtres de la diététique comme E. Maurel, de Toulouse, et comme Pascault, de Villerville, aux travaux desquels nous aurons fréquemment recours.

Tout médecin sait qu'en physiologie humaine, il y a lieu de considérer les sujets comme répondant aux excitants extérieurs suivant des réactions *générales* qui permettent de constituer de véritables catégories, ou groupements d'individualités, mais tout médecin sait aussi qu'il y a presque autant de réactions *particulières* que d'individualités, ce qui le rend méfiant, sinon sceptique vis-à-vis des formules théoriques trop compréhensives.

Toutefois, pour fixer les idées, nous admettrons pour un instant UN alcool schématique (sans nous occuper des variétés alcools), et nous envisagerons de même UN être humain schématique. Cet être humain sera, si l'on veut bien, l'homme MOYEN, de 25 à 45 ans, de taille *moyenne* ($1^{m}65$-68), de poids *moyen* 65 kilogrammes, et menant une existence *moyenne*, physique, intellectuelle et morale : moyenne, c'est-à-dire, sans efforts, sans surmenage, répondant au type d'existence d'une fraction importante de la population de nos pays à climat *moyen*. A un tel individu moyen, nous aurons, avec Maurel, de Toulouse, à fixer une *ration moyenne*, qui sera d'abord la simple ration d'*entretien*, de *repos*,

de *sédentarité* (quelle que soit l'expression qu'on préfère).

Pour cet homme moyen, la ration moyenne *pro die* doit assurer 38 calories par kilogramme ; *par des tâtonnements à l'infini*, et non par un aperçu théorique transcendantal, M. Maurel est arrivé à établir que le meilleur emploi de nos aliments pour réaliser le total susénoncé, c'était d'employer Az pour 7 cal. 500, et les graisses et les hydrocarbones pour 30 calories. Dans ce dernier total, toujours par tâtonnements, M. Maurel indique 3 cal. 500 pour l'alcool, ce qui est assuré par l'absorption de 0 gr. 50 d'alcool. Ceci, appliqué aux 65 kilogrammes du poids du corps, nous donne un total quotidien de 32 gr. 500 d'alcool, soit la quantité contenue dans un demi-litre d'un vin de consommation courante, ou dans la quantité équivalente de bière ou de cidre.

Ce total de 32 gr. 500 d'alcool par jour pour un homme moyen est *toujours* suffisant ; il est *souvent* diminuable. M. Maurel nous en fournit une démonstration quasi expérimentale des plus nettes. Il nous fait connaître le régime d'un groupement de religieux végétariens, qui, de temps fort reculé, ont accepté ce régime, parfaitement compatible avec leur existence rude et, pour une part notable, appliquée aux travaux manuels. Quarante-cinq trappistes vivent avec : pain, 5 à 600 grammes; pommes de terre 3 à 400 grammes, ou 100 à 200 grammes de légumes secs ; ils y ajoutent quelques légumes frais et des fruits et, de temps en temps, un peu de lait écrémé : leur ration de vin quotidienne est de 25 centilitres.

Est-ce à dire que ce chiffre de 25 centilitres représente un taux physiologique *ne varietur?* Bien entendu, non. Jusqu'à 40 grammes, l'alcool, nous dit E. Maurel, peut entrer dans certains régimes ; on peut le considérer comme un véritable aliment, en ce sens qu'il est BRULÉ. Et, d'ailleurs, 20 grammes d'alcool par repas, répartis dans la masse alimentaire, arrivent à un degré de dilution en raison duquel ce produit ne peut exercer aucune action nuisible ni sur la muqueuse stomacale, ni sur les vaisseaux portes, ni sur le foie.

Il est bien entendu que nous n'avons parlé jusqu'ici que de

sujets *moyens*, en bon état de santé. Chez bon nombre de sujets que nous qualifierons de forts, ou de très forts, chez quelques sujets moyens entraînés au travail, il y a lieu d'apporter des modifications au régime précédent. On conçoit que si le régime de sédentarité peut se contenter de 2.400 calories environ, c'est 3.100 calories qu'il faut fournir pour un travail modéré, c'est de 3.500 à 5.000 calories qu'il faut obtenir pour certains sujets accomplissant de rudes travaux. Ce total, ce chiffre qui peut aller du simple au double, nous ne le réaliserons qu'avec des graisses et avec des hydrocarbones. Nous avons dit que, parmi ceux-ci, le sucre et la fécule étaient indiqués à l'exclusion de l'alcool.

Je rappelle que Rosemann nous a prouvé que l'emploi de l'alcool permettait des pertes azotées; comme, de plus, l'alcool ne peut nous aider à faire de réserves alimentaires, l'individu qui assure son luxe de calories avec des boissons à base d'alcool n'a qu'une sécurité trompeuse : il vit au jour le jour.

C'estce que Liebig avait déjà exprimé, il y alongtemps : « L'eau-de-vie permet à un travailleur insuffisamment nourri, par action sur les nerfs, de *réparer aux dépens de son corps* la force qui lui manque, de dépenser aujourd'hui la force qui, dans l'ordre naturel des choses, ne devrait s'employer que demain. C'est comme une lettre de change tirée sur sa santé. »

Dans quelle mesure peut-on, à l'individu qui travaille fort, augmenter sa ration d'alcool ? C'est chose difficile à établir en termes formels. Il apparaît comme vraisemblable que le litre de vin, à titre ordinaire, c'est-à-dire la ration de 60 à 90 grammes d'alcool, convenablement dilué, est tolérable et tolérée par la majorité des organismes d'adultes, hommes sains, et se livrant à des travaux manuels, en plein air. Dans quelle mesure l'alcool intervient-il chez eux comme aliment énergétique, comme générateur de chaleur *utile*, utilisable, et non nuisible? Nous ne le soupçonnons que bien vaguement, et je crois que le calorimètre qui doit nous fixer définitivement à ce sujet n'est pas encore forgé.

La seule formule à laquelle le médecin puisse revenir, celle à

laquelle il ramène ses interlocuteurs est celle-ci : les gens forts ou moyens qui introduisent de l'alcool dans leur alimentation ne nous prouvent qu'une chose : c'est qu'ils peuvent, grâce aux conditions de dépense, éliminer leur alcool assez vite pour que le surplus de la dose utilisable ne leur soit pas préjudiciable; quant à la dose supposée utile, elle ne l'est que dans une mesure qui varie avec chaque sujet, et qui varie pour le même sujet, d'un moment à l'autre. Aussi, en dehors des doses minima, notoirement inoffensives, en général, personne n'a-t-il pu fixer des chiffres définis pour représenter les doses d'alcool à introduire dans une alimentation humaine. On ne peut, comme le dit bien M. Labbé, prétendre à introduire l'alcool dans l'organisme sous une dose physiologique : cette dose, comme toute ration alimentaire, est essentiellement contingente et astreinte à un coefficient personnel impossible à évaluer dans la pratique.

Demandons, messieurs, aux partisans convaincus de l'alcool nécessaire quelle dose convient à l'enfant, quelle dose à la femme? Demandons qu'on nous montre un *faible* devenu *fort* grâce à la dose choisie d'alcool choisi par un savant choisi; où est le travail scientifique documenté qui a enlevé la conviction du corps médical? En sommes-nous réduits à nous mettre à la remorque des réclames industrielles? N'est-ce pas à nous de guider le public? J'en appelle à tous nos confrères, j'en appelle à mon observation personnelle : je sais telles femmes frêles qui ont eu plusieurs grossesses rapprochées, qui ont nourri plusieurs enfants de suite, qui ont de fort beaux enfants, qui se portent elles-mêmes très bien; et ces jeunes femmes occupées de leur ménage, sacrifiant encore aux exigences mondaines, ne prennent ni élixir, ni vins, ni alcool, pour subvenir à une dépense physique et intellectuelle considérable : elles se contentent de leur litre quotidien de lait et d'eau à parties égales. Ces faits d'observation simples, je les oppose au néant des données scientifiques exactes sur l'utilité de l'alcool dans l'alimentation. Que penser de ces phrases que j'emprunte pourtant à un ouvrage tout récent? « L'alcool réchauffe l'estomac; il a un effet moral et réchauffe le cœur. Le vin enri-

chit le sang; tel vin donne beaucoup de sang. D'autres donnent plus de force nerveuse que de sang, etc. »

b) *L'alcool à titre indifférent dans l'alimentation.*

Chacun de nous connaît de ces organismes en équilibre instable, mais assez bien adaptés à la vie civilisée moderne, chez qui le moindre supplément d'alcool ajouté à la ration d'entretien aboutit à une plainte immédiate de la santé générale. Nous connaissons tous, par contre, des faits de tolérance considérables, ou même extrêmes. Or, montrer dans quelle mesure on atteint ou dépasse les limites du régime à l'alcool (équilibre en deçà, perturbation au delà), montrer comment est constituée la ration-alcool qui laissera l'organisme quasi indifférent, c'est à mon avis, messieurs, le meilleur moyen d'arriver à former la conviction définitive d'un médecin sur l'alcool dans l'alimentation.

Si vous voulez reprendre nos considérations antérieures sur les variations possibles d'un régime avec alcool, il faut conclure que si on peut passer de 25 grammes à 60 et 80 grammes, chez des individus quasi identiques, sans dommage apparent, il faut conclure, dis-je, que chez ces sujets l'organisme intact permet une *dialyse parfaite*, l'élimination du surplus, dirais-je ; il en va, avec une bonne perméabilité du foie et des reins, chez bon nombre de sujets, comme il en va chez ces polyuriques hystériques qui peuvent boire presque impunément de grandes quantités de boissons alcooliques.

Il y a, chez tous ces sujets, élimination parfaite, ou à peu près. Aussi, parodiant une phrase célèbre, je dirai que, avec l'alcool, ce qui importe, ce n'est pas ce qui passe, mais bien ce qui ne passe pas dans nos éliminations.

Dans la première partie de cet exposé, j'ai rappelé, d'après M. Rœser, que l'alcool introduit dans l'organisme avait pour résultat d'abord, et avant tout, de provoquer des *réactions de défense*, et cette lutte de l'être humain avec l'alcool m'a toujours paru le fait dominant dans les essais d'alimentation par les alcoolistes contemporains. On pourrait intituler le régime ali-

mentaire à l'alcool : « l'art d'absorber l'alcool en se faisant le moins de mal possible. » On voit les apologistes de l'alcool alimentaire nous montrer qu'il faut quelquefois vingt et trente ans pour tuer des êtres exceptionnellement vigoureux, ce qui peut servir à illustrer cette sentence : « comment l'être humain résiste à l'alcool » ; mais on m'accordera que c'est par un procédé de logique très particulier que nos réfutateurs veulent faire des phrases précédentes les équivalentes de celles-ci : « l'art d'améliorer l'homme par l'alcool » ou : « comment l'être humain profite de l'alcool ».

Avec de bons reins et un foie intact, nos contemporains paraissent supporter un certain temps le régime de boissons moderne, sans modification bien appréciable; mais ne nous y laissons pas prendre, messieurs, nous savons ce que signifie le mot *indifférence*, pour notre organisme, nous médecins. Nous savons qu'un petit trouble fonctionnel peut être le prélude de la maladie qui se constitue. Or, quand je dis petits troubles fonctionnels, je suis vraiment un peu ménager de mes expressions. Voyez tout ce que Glénard a décrit sous le nom d'alcoolisme insidieux, et dites-moi si ces désordres ne résultent pas de l'alimentation défectueuse par l'alcool, et si l'hépatisme qui caractérise ces désordres n'est pas la traduction exacte d'une souffrance liée à l'alimentation *de luxe* par l'alcool. Celui-ci peut entrer dans un régime pour chauffer la machine, ou l'usine, mais à condition que les soupapes de sûreté fonctionnent bien. Pour qui veut de la physicothérapie, ces comparaisons rebattues sont parfaites : à surchauffer la machine, on détériore les soupapes, et ici ce sont celles du foie et du rein qui sont lésées. Alors qu'arrive-t-il ? Notre surcharge en alcool fait de l'épargne, fait des réserves, mais lesquelles ? L'alcool, ralentisseur de notre nutrition, nous conserve nos provisions de graisse, ce qui serait bien, et les augmente, ce qui est mauvais. L'alcool peut faire engraisser les êtres vivants ; mais si ceci est avantageux pour un animal à l'engrais, il ne paraît pas aisé d'arriver à un engraissement physiologique, utile, par l'alcool ; et comme conséquence

fâcheuse, il faut envisager l'obésité. M. le Dr Leven rapportait, il y a un mois, à la Société de Biologie des faits de guérison de quelques obèses par *la seule suppression des boissons alcoolisées.* « L'alcool, dit M. Leven, engraisse en entretenant des troubles gastro-intestinaux, et mes expériences avec l'alcool confirment la notion que j'ai défendue ailleurs : l'aliment peut provoquer l'engraissement, lorsqu'il est indigeste, quelle que soit sa formule chimique, ou sa valeur calorique. »

Ralentisseur de la nutrition, l'alcool crée l'hépatisme, et par lui, les modalités de l'*arthritisme.*

L'arthritisme, messieurs, quelle que soit la valeur qu'on veuille attacher à ce terme, commode pour un exposé, nous permet de comprendre ce qui me reste à dire des difficultés de la diététique de l'alcool, soumise chez l'homme à tout l'imprévu et aux caprices des constitutions et des tempéraments.

Ce que je vais ajouter, à ce sujet, ne devrait pas, à mon avis, être développé dans un chapitre de l'alimentation normale, mais constitue, à vrai dire, un chapitre des défectuosités, je dirais presque des monstruosités de l'alimentation. Notre consommation quotidienne, nous dit Ch. Richet, a atteint, par habitude, *un taux beaucoup trop élevé.* Nous nous laissons entraîner par l'*appétit*, qui n'est nullement un guide chez l'homme civilisé. Votre Société a entendu récemment une belle discussion — et qui n'est pas terminée — sur la ration alimentaire.

Avec Maurel, avec Bardet, avec Huchard, avec Pascault, avec M. le Dr Raffray que vous venez d'entendre aujourd'hui même ; avec les 9/10 du corps médical qui observe, on pourrait déclarer que : « l'homme mange trop ». Or, messieurs, si l'appétit n'est pas un guide pour l'alimentation ordinaire, moins encore, vous me l'accorderez, l'est-il pour le besoin d'alcool. Vouloir établir les limites de la consommation en chiffres fixes serait illusoire. On peut lui reconnaître le droit de varier dans les groupements ethniques (affaires de races, disent quelques auteurs, qui n'ont d'ailleurs jamais prouvé la valeur de cette influence) ; de varier suivant le climat et suivant l'altitude ; de varier surtout suivant

le mode de vie, et suivant les occupations, d'où la différence si bien mise en relief, au point de vue pathologique, par Alison, de Baccarat, entre les ouvriers sédentaires et ceux qui travaillent en plein air.

On peut reconnaître qu'une même dose d'alcool fait moins de mal à un campagnard (laboureur, vigneron) qu'à un citadin (ouvrier d'atelier, homme de bureau); mais c'est tout. Peut-on démontrer que l'un ou l'autre tire profit, utilité de l'alcool dans son alimentation?

Dans nos campagnes de France, pour parler des pays que je connais, s'est établi, sans nul contrôle, et, parfois, avec l'assentiment, avec la complicité même des médecins, le principe de manger à sa faim et de boire à sa soif. Et des médecins viennent nous citer cette manière de vivre en exemple : « Ces gens-là ne se portent pas plus mal que vous et moi, sinon mieux; il y a dans nos régions (Bourgogne, Bordelais) des vieux qui ont un régime formidable à l'alcool, double ou triple de ce que vous pouvez supposer, etc., etc. » Eh bien! messieurs, j'ai toujours trouvé ce mode de raisonnement antimédical à l'extrême.

Les exemples qu'on nous cite ne prouvent qu'une chose, à savoir: jusqu'où peut aller l'élasticité humaine des races primordiales, en manière d'intoxication. Ils ne nous démontrent que ceci : c'est qu'un paysan ou un vigneron peut supporter des atteintes anti-hygiéniques formidables; cela ne nous démontre pas, je suppose, messieurs, qu'il faut adopter le régime de ces vignerons pour se bien porter. Ces hommes accomplissent leur rude tâche tant bien que mal; la remplissent-ils mieux? Quel est leur progrès? Quelle est et que devient leur descendance?

Puisque j'ai parlé des mœurs modifiées, je dirai que certains groupements de nos populations se sont — par des *habitudes* nouvelles — créé, pour ainsi dire, une seconde nature. L'HABITUDE, voilà ce qui a fait de l'alcool non plus un objet d'utilité au cas exceptionnel de maladie, ainsi qu'il en était jadis; non plus un objet de luxe pour les relations sociales et familiales, aux jours de fête, ou à peine, pour les plus exigeants, *bis semel*

in mense, mais bien un objet de nécessité pour les excitations croissantes de la vie quotidienne. Je reviendrai plus loin sur ces considérations.

Nous avons, dans tout ce qui précède, développé cette notion, pour ainsi dire banale, que les mêmes doses d'alcool ne sont pas applicables aux diverses individualités comparées entre elles, ni aux mêmes individualités considérées à des phases différentes de leur vie (âge, sexe, métier, sédentarisme, aération); nous avons laissé entrevoir que sur certains organismes l'action de l'alcool paraissait indifférent, alors que, pour certains autres, il y avait plus ou moins vite intolérance, du fait de modifications viscérales probables; or, si, maintenant, nous voulons entrer dans le chapitre des incompatibilités entre l'alcool et l'homme, les nuances vont se multiplier à l'infini, et il suffit à des médecins de rappeler ce que sont certaines idiosyncrasies. Tous, nous connaissons certaines personnes pour qui l'alcool se révèle comme un toxique à si petite dose qu'on puisse le supposer, voilà donc des organismes à tout jamais privés des bienfaits du régime. à l'alcool; à voir que certains êtres supportent le vin rouge, et non le vin blanc, que d'autres sont sensibles au bourgogne, et non au bordeaux, on se demande où commence et où finit l'indifférence pour les produits à base d'alcool, et quel est le calorimètre appréciateur de telles nuances?

c) *Effets nuisibles de l'alcool dans l'alimentation.*

Si l'utilité de l'alcool attend encore sa formule médicale, si son emploi ne peut être, aussi souvent qu'on le pense, considéré comme indifférent, les dangers ne laissent guère de doute dans l'esprit de la plupart des médecins. Sans insister sur la genèse des déviations d'assimilation (obésité, arthritisme) et sur les altérations fonctionnelles et organiques, c'est encore sur une des propriétés possibles de l'alcool dans l'alimentation que nous devons insister ici.

L'alcool peut apparaître dans l'alimentation comme un excitant,

et, ainsi que je le donnais à entendre, c'est à titre de *condiment* qu'il faudrait l'envisager, surtout ; mais, ainsi encore, il constitue un stimulant discutable.

Je n'insiste pas sur les propriétés *apéritives* de l'alcool ; je crois que peu de médecins sont disposés à accepter les formules laudatives des réclames industrielles ; toutefois, comme tout liquide légèrement irritant, une boisson à base d'alcool peut stimuler la muqueuse de l'estomac ; ce n'est pas là, on le conçoit, un procédé d'excitation à employer sans restriction. Pour les propriétés *digestives*, c'est à peu près dans le même sens qu'il faut les envisager : une stimulation qui peut être utilement réglée, à titre de médication.

Dans quels cas l'*alcool-aliment-excitant* est-il nécessaire ? Nous ne le savons guère, et ne le prévoyons même pas ; mais, grâce aux médecins, nous connaissons déjà assez bien plusieurs types d'êtres humains qui ne peuvent s'accommoder de l'alcool dans l'alimentation ; et il resterait à savoir s'il n'y en a pas plus encore que nous le supposons.

Le Dr Pascault nous dit, à propos de l'alimentation de l'arthritique : « La cellule vivante manque de spontanéité ; elle ne passe du repos à l'activité qu'à la condition d'y être sollicitée par des excitations venant du milieu dans lequel elle est plongée. Faibles ou modérées, ces excitations nous font vivre et nous tonifient. Excessives, comme nombre ou comme intensité, elles nous stimulent outre mesure, provoquant une dépense exagérée des réserves vitales accumulées dans nos éléments anatomiques, et consécutivement les fatiguent et les usent prématurément : les expériences physiologiques, sur les muscles et sur le système nerveux en font foi. *L'arthritisme résulte d'un abus d'excitations ;* excitation par l'aliment qui nous apparaît dans toute sa netteté, aujourd'hui où nous voyons l'arthritisme prendre pied dans les campagnes, à mesure que s'y implante l'usage de la *viande* et de l'*alcool.* »

En conséquence, Pascault ajoute :

« Sauf exception rare, l'arthritique doit proscrire de son

régime la viande et l'*alcool*, et lui sont défendus : les apéritifs, les eaux-de-vie et liqueurs, les vins mousseux, le champagne et les bourgognes. »

Mais cet aliment-condiment, de difficile emploi pour aider la nutrition intime et l'assimilation, vous ne pourrez nier, nous dira-t-on, qu'il ne soit utilisable comme excitant du système nerveux. L'excitation du système nerveux, c'est le dernier argument des partisans de l'alcool alimentaire. Sans doute, on ne peut plus, scientifiquement, nous avons expliqué pourquoi, considérer l'alcool comme un aliment d'épargne ; mais, comme le café, c'est un stimulant possible de la fonction nerveuse. Reste à savoir dans quelle proportion cette fonction réclame des adjuvants autant qu'on le suppose, et dans quelle mesure lui aussi l'emploi des excitants est *utile*, *indifférent* ou *nuisible*.

Dans les *Annales de l'Institut Pasteur* de 1890, M. Duclaux a écrit : « Est réputé aliment tout ce qui contribue à assurer le *bon fonctionnement* de l'un quelconque des organes d'un être vivant... L'*alcool est un aliment*, par cela seul qu'il peut servir, DANS CERTAINES CONDITIONS, à exciter l'activité cérébrale. »

Mais, messieurs, *ces certaines conditions*, voilà justement ce que nous demandons à connaître, et tant que nous ne serons pas fixés sur le mode d'emploi *secundum artem*, nous aurons le droit de douter et le devoir de nous abstenir, pour nous et surtout pour les autres, dernière considération qui paraît difficile à faire comprendre dans certains milieux scientifiques.

Si j'envisage la fonction stomacale, hépatique, pancréatique, intestinale, dans quelle mesure, redemanderai-je, l'alcool apparaît-il comme l'excitant nerveux apéritif et digestif, assimilateur et tonique?

Un savant se doit de nous dire quel profit les organismes humains qu'il a étudiés de près ont tiré de la stimulation par l'alcool, pour le travail physique ou intellectuel. Or, les expériences de Destrées, celles de Gilbaut, pour ne parler que des plus récentes et des plus classiques, — or, le non moins classique et pratique exemple des coureurs de bicyclettes, etc., nous

sont des garants formels de la médiocre valeur de l'alcool, aliment stimulant, en raison de la dépression qui succède forcément à la brève excitation de début. Je n'insiste que fort peu sur tout ceci qui est devenu quasi banal pour l'observation médicale. — Si nous envisageons l'excitation nerveuse des grands centres : le bulbe et le cerveau, quelle règle possédons-nous pour l'emploi de l'alcool? Quel savant nous dira, messieurs, le moyen d'exciter tel centre, sans influencer l'autre? Quel savant nous indiquera l'art de solliciter le bulbe et l'écorce juste à point, pour bien faire, et à coup sûr sans nuire? Mais, convenons-en, l'excitation du bulbe, celle du cerveau, sont des faits du domaine de la thérapeutique proprement dite, faits d'exception dans l'existence d'un être humain. Je signalerai d'ailleurs combien peu de médecins se doutent des modes d'action si variés de l'alcool, et je n'en ai d'ailleurs eu la notion exacte qu'à l'époque récente où j'ai eu la bonne fortune de lire les constatations expérimentales de M. Féré sur l'action de l'alcool et du tabac sur l'organisme humain. Cet auteur, grâce à des graphiques du pouls et de la respiration, a fait voir que l'action de l'alcool se faisait plus encore par voie sensorielle que par contact direct sur les centres nerveux, après absorption. La tension artérielle et l'amplitude respiratoires augmentent plus après contact de l'alcool sur la langue qu'après ingestion stomacale directe par la sonde, — et ainsi obtient-on plus de l'alcool médicalement en le dégustant — c'est-à-dire en le laissant *en dehors de l'alimentation* qu'en l'ingérant.

C'était là un fait à mettre en évidence, d'autant plus, messieurs, qu'il va me servir à combattre plus à fond encore l'action dite excitante et profitable de l'alcool sur le système nerveux. Stimulant à petite dose, par dégustation, l'alcool, ingéré à dose plus forte, se montre non plus excitant, mais *anesthésique*. Les individus (et ils deviennent légion) qui boivent à jeun une rasade d'alcool, en plus qu'ils satisfont une habitude chaque jour plus exigeante, recourent à ce moyen, souvent inconsciemment d'ailleurs, pour abolir la sensation de faim, et ils y réussissent

parfaitement : le sauvage mange sa feuille de coca, et le civilisé (?) boit son verre d'alcool. Le but et le résultat sont les mêmes. Mais, messieurs, dans ces conditions, vous m'accorderez que l'alcool apparait comme un danger alimentaire immédiat, à notre époque de nutrition énergique nécessaire, où l'être qui mange insuffisamment, et mal, se révèle éminemment tuberculisable, neurasthénisable, etc. Je ne crois pas trop m'avancer en déclarant que l'alcool se montre comme une véritable *négation d'alimentation*, comme un élément d'alimentation à rebours. J'en appelle au témoignage d'un grand savant qui a su récemment nous présenter de larges considérations d'ensemble sur la philosophie de la vie humaine ; pour lui aussi, l'emploi de l'alcool est contraire à notre expansion vitale. « Le rôle immense et si néfaste de l'alccolisme, dit Metchnikoff, nous fournit l'exemple le plus démonstratif et le plus constant de la désharmonie entre l'instinct du choix des aliments et l'instinct de la conservation de la vie. »

Si, maintenant, comme médecins, nous voulions envisager l'alcool dans l'alimentation, dans ses rapports avec les habitudes pathologiques du système nerveux, ce serait dépasser peut-être les limites d'un chapitre de physiologie alimentaire, et ce serait verser dans la pathologie individuelle et collective par laquelle nous pourrions prouver aisément que les fautes quotidiennes de la diététique contemporaine sont à la base de toutes les misères et de toutes les catastrophes familiales, sociales, physiques et morales.

Messieurs, je résumerai les conclusions de mon rapport sur l'alcool dans l'alimentation de la façon suivante :

L'alcool est un *aliment-combustible* dont le dosage scientifique pour la consommation humaine n'est nullement établi encore. Le dosage paraît malaisé à fixer d'une façon précise quelconque, étant donné que les variations doivent se faire à l'infini, d'après les groupements ethniques (races), d'après les climats, d'après les castes sociales (travail manuel ou intellectuel), d'après l'âge, le sexe, et plus encore, peut-être, d'après des prédispositions indi-

viduelles différentes pour les hommes entre eux, et, parfois, pour le même sujet, aux diverses phases de son existence physiologique.

Il y a lieu de se demander à quel taux moyen un homme *moyen* (de 25 à 45 ans) peut fixer sa ration quotidienne en alcool.

Les chiffres les plus étudiés que nous connaissons sont ceux qu'a fournis récemment Maurel, de Toulouse, et ils nous donnent de 25 grammes d'alcool, comme moyenne quotidienne possible, à 40 grammes, comme limite supérieure (alcool dilué, pris aux repas). Ces chiffres sont à peu près ceux de la moyenne des gens non pervertis par des habitudes défectueuses dans le régime des boissons. Avec ces 25 ou 40 grammes, comme avec les doses supérieures que proposent divers hygiénistes, que réalise-t-on? A quelle dose a-t-on les effets *utiles*? Ces effets, quels sont-ils? L'organisme reste-t-il indifférent à l'alcool dans l'alimentation? Ou bien y a-t-il avec l'emploi de l'alcool-aliment des conséquences nuisibles.

a) Effets utiles. — Ils sont plus hypothétiques que démontrés; et pour définir les propriétés alimentaires de l'alcool, les auteurs n'ont encore pu nous donner que des formules vagues. Ils en sont presque toujours réduits à invoquer l'action stimulante sur le système nerveux, sans signaler suffisamment qu'il y a dans ce mode d'action peu de vrai profit, et beaucoup de dangers, comme nous l'avons dit et comme nous l'allons répéter.

b) Effets indifférents. — S'il nous est permis à nous, médecins, d'accepter cette formule populaire : « Si ça ne fait pas de bien, ça ne fait pas de mal, » quand il s'agit des doses minimes qui constituent la moyenne du régime des gens sensés ; s'il nous est possible de passer sur une dose d'alcool à titre de gourmandise, aux jours de fête, nous ne devons pas accepter le terme : *indifférence*, mot dangereux, s'il en fût dans la circonstance. Indifférence, je le répète, veut dire trop souvent, ignorance des premières plaintes de l'organisme. A suivre les modifications du

foie, à dépister cet hépatisme insidieux, qui est à la base des troubles de nutrition (arthritisme, obésité), on se convainc que le régime alimentaire à l'alcool conduit la plupart de ses adeptes vers une déviation fonctionnelle fâcheuse, et parfois dangereuse. Définir les tempéraments et les types individuels qui ont réellement droit à l'alcool, est chose physiologiquement impossible, comme aussi de fixer une dose limite ; on reste surpris d'entendre des médecins parler comme le vulgaire, d'usage et d'abus, puisque, par les tempéraments, l'usage pour les uns devient abus pour les autres, puisque le même être, soumis à des variations de santé fréquentes, voit l'usage de la veille devenir abus le lendemain.

c) EFFETS NUISIBLES. — En dehors de ses effets fâcheux, possibles sur la nutrition, l'alcool intervient dans l'alimentation, comme un anesthésique, qui, pris à jeun, invite l'individu à se passer pour un certain temps de nourriture, ce qui est, pour ainsi dire, un fait d'***anti-alimentation***. Il intervient, en même temps, comme un excitant du groupe nerveux (trijumeau, pneumogastrique, bulbe, écorce), et par la sollicitation corticale, en particulier, il conduit à des conséquences qui varient avec les prédispositions individuelles et avec les habitudes acquises par entraînement.

Simple *gourmandise*, réfrénable chez des gens de mentalité supérieure, le besoin d'alcool devient une *exigence* pour les gens plus faibles, et ils sont légion, et parmi eux grossit le groupe des êtres pour qui la consommation d'alcool devient un ***besoin féroce***. Le moteur humain, entraîné à l'alcool, en arrive à se passer de tout, sauf d'alcool. Je dis que les médecins qui introduisent l'alcool dans l'alimentation préparent la substitution du superflu (alcool) au nécessaire (aliments vrais), et qu'ils favorisent ainsi la déchéance de la race. Il n'y a pas de petits problèmes, ni en médecine, ni en sociologie, et les médecins peuvent et doivent s'attacher à la réalisation d'une grande œuvre sociale : ***l'alimentation sans alcool***.

Mais, me dira-t-on, c'est parce que vous êtes un anti-alcoolique que vous parlez ainsi ; c'est du parti pris. — Je répondrai, messieurs, que je suis de ceux qui ont une conviction. J'ai mis quelque dix ans à me la faire, elle s'est renforcée de jour en jour. Ayant méconnu antérieurement les lois de l'hygiène en matière d'alcool dans l'alimentation, je les ai apprises péniblement par mes lectures, par mon observation personnelle et par celle de mon entourage, imitant ainsi dans mon humble sphère ce qu'ont fait des hygiénistes de renom. Par tâtonnements, péniblement, les Maurel, les Bardet, les Pascault, les Raffray nous ont fait connaître ce qu'il fallait *retrancher* d'alcool dans divers régimes alimentaires. Que d'autres procèdent ainsi pour nous enseigner ce qu'il faut *ajouter* d'alcool dans d'autres régimes.

J'ai une conviction, messieurs; je suis convaincu, mais je suis également de ceux qui savent se laisser convaincre.

J'attends la contradiction; je l'appelle de tous mes vœux. Mais jusqu'ici, ceux qui ont parlé pour l'alcool se sont bornés à nous montrer comment un pays peut résister à peu près à l'action nocive de l'alcool. « Voyez, nous disent-ils, ça ne leur fait pas trop de mal. » Eh! messieurs, que nous importent les doses qui ne font qu'un peu de mal! Ce que nous voulons, c'est qu'on nous montre la dose qui fait du bien. Le jour où je l'aurai vue, je saurai être alcooliste, tout comme un autre. Si, autour de ces forts exceptionnels qu'on nous signale toujours, qui sont forts encore, malgré l'alcool, il y a tant de faibles et de moyens qui succombent; si, on ne le répétera jamais trop, les enfants des forts qui placent l'alcool dans leur alimentation sont moins robustes que leurs pères, et par la faute de ceux-ci, l'alcool dans l'alimentation se présente donc bien réellement comme un obstacle aux progrès de la race, comme une cause favorisante de sa déchéance.

Et voilà comment, anti-alcoolique ou non, pourvu qu'on soit médecin, observateur ou philanthrope, on passe de l'alimentation à une question sociale, à une question qui apparait vitale pour un pays et pour la race humaine.

Pardonnez-moi, messieurs, d'avoir retenu trop longtemps votre

attention, d'avoir donné trop de place parfois à des digressions, à des développements accessoires, de n'avoir pas même su éviter suffisamment les banalités ou les élans naïfs et, pourtant, je trouve en moi-même une première excuse, dans ma conviction sincère qui me fait voir dans la question de l'alcool l'origine de la plupart des malheurs physiques et moraux de l'époque contemporaine ; j'en trouve une autre dans cet aveu d'un de nos maîtres les plus éminents, de Lasègue, qui a dit : « De quelque côté qu'on l'envisage, la question de l'alcool est une des plus hautes qu'on puisse concevoir, et chaque fois qu'on touche à un seul des problèmes qu'elle soulève, on est entraîné au delà des limites qu'on s'était assignées, ou honteux d'aborder un tout petit point à côté de ceux qu'on laisse en dehors. »

M. LE PRÉSIDENT. — Ce rapport est trop important, trop documenté, pour que la Société de Thérapeutique se contente d'en discuter les diverses parties au cours de la séance prochaine. Je propose de renvoyer cette discussion à la rentrée d'octobre : pendant les vacances, les membres de la Société auront tout loisir pour étudier en détail ce sujet si vaste.

La séance est levée à 6 heures.

Le Gérant : O. DOIN.

IMP. F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE. — PARIS-6e



Legs Morin à l'Académie de médecine. — Les huîtres et le citron. — La sérothérapie antidiphtérique en Angleterre. — La quinine et sa fluorescence. — Contrôle rapide des falsifications du lait. — Le microbe de la dysenterie.

Mlle Berthe Morin, décédée à Granville en novembre dernier, a, dans son testament, légué à l'Académie de médecine de Paris une somme de 9.000 francs pour être décernée comme prix à l'étudiant qui aura fourni le meilleur mémoire ou qui aura trouvé le remède le plus efficace contre le ramollissement de la moelle épinière.



Bien que les véritables amateurs d'huîtres n'aiment pas en général à les imprégner de jus de citron, il faut qu'ils connaissent cependant l'innocuité que celui-ci confère à l'égard du germe de la fièvre typhoïde. Il paraît en effet démontré que le *jus de citron* détruit le bacille d'Eberth, qui peut infecter les huîtres, et être cause des fièvres typhoïdes signalées après l'ingestion de ces mollusques. Mais, pour avoir toute garantie, il faut abuser du citron et surtout assurer le contact du jus pendant au moins quelques minutes.



La sérothérapie antidiphtérique donne en Angleterre, où on était resté réfractaire pendant quelque temps, les meilleurs résul-

(1) Les nécessités de la mise en pages nous forcent à reporter au mois prochain la publication du travail de M. Bardet sur l'hygiène alimentaire. Le travail sera terminé en deux numéros, 8 et 15 juillet.

tats. La mortalité par diphtérie, qui était de 29,3 p. 100 dans les hôpitaux métropolitains de Londres en 1895 avant l'emploi du sérum, est tombée en 1902 à 12,3 p. 100, représentant la moyenne généralement obtenue dans les statistiques des autres pays.

Le rapport anglais confirme aussi cet autre point que les effets du sérum sont d'autant plus satisfaisants que le traitement est plus précocement institué.

A *Brook Hospital*, 723 cas ont été traités en 1901 par le sérum, avec une mortalité globale de 10,79 p. 100. Dans 38 cas, le traitement a été commencé dès le premier jour; aucun décès. Dans 170 cas, il a été institué le second jour, mortalité, 4,1 p. 100; dans 192 cas, le troisième jour, mortalité, 12,4 p. 100; dans 186 cas, où les injections n'ont pu être commencées que le cinquième jour ou plus tard, la mortalité a atteint 16,6 p. 100.

La conclusion est qu'il est inutile et imprudent d'attendre la confirmation bactériologique du diagnostic pour faire l'injection chaque fois que cliniquement on soupçonne un cas de diphtérie.

°°°

King croit que l'action curative exercée par la quinine sur la malaria est due à la fluorescence de cette substance qui émettrait des rayons violets dans le sang et arrêterait ainsi le développement des hématozoaires, les amibes, d'après Harrington, ne se mouvant qu'en présence de la lumière rouge et perdant leur mobilité sous les rayons violets.

°°°

Le lait est un aliment si utile et si nécessaire qu'on ne saurait trop chercher les moyens de découvrir les falsifications dont il est l'objet. M, Varenne, ancien préparateur au cours de thérapeutique et de matière médicale à la Faculté de médecine de Paris, vient de faire connaitre, un petit appareil qu'il nomme le « lactostilliscope », permettant de savoir si un lait est bon ou

suspect. Son principe est le suivant : faisant écouler du lait normal et pur et du lait plus ou moins mouillé ou frelaté, pris tous deux à la même température, par un tube très fin de mêmes dimensions, la durée d'écoulement des deux liquides sera absolument différente ; la viscosité et par suite la vitesse d'écoulement des deux liquides variera, même en admettant que leur densité soit obtenue semblable par l'addition au lait mouillé de produits étrangers. En se reportant à un tableau expérimental joint à l'appareil, les indications de température et durée d'écoulement permettent de conclure si le lait essayé est bon ou suspect.

°°°

Etudiant une épidémie de dysenterie qui a sévi sur de nombreux soldats à Vincennes, pendant l'année 1902, MM. Vaillard et Dopter ont retrouvé le bacille signalé par Chantemesse, Widal, Shiga et, depuis ces dernières années, par de nombreux cliniciens américains et allemands. Avec des cultures pures de ce microbe inoculées à des lapins, à de jeunes chiens et à de jeunes porcs, ils ont pu reproduire une maladie en tout semblable, par ses symptômes et par son anatomie pathologique, à la dysenterie humaine spontanée. Une preuve décisive de la spécificité du microbe consiste dans ce fait qu'inoculé sous la peau, il va se fixer en totalité sur la muqueuse du gros intestin et un peu dans les ganglions mésentériques. Il a comme caractère important et tout particulier, signalé par Shiga, de subir l'agglutination dès qu'on le place au contact du sérum sanguin de malades atteints de dysenterie. Cette constatation dénote que le sang des animaux immunisés possède des propriétés préventives certaines, et permet de prévoir son efficacité dans le traitement de la dysenterie.

ODONTOLOGIE

Nouvelle application de la cocaïne en art dentaire (1),

par M. Touchard,
Professeur à l'école dentaire de Paris.

Les discussions qui se sont produites récemment, à l'Académie de médecine, touchant la valeur de la cocaïne, ne paraissent pas avoir modifié beaucoup l'opinion de ses admirateurs non plus que celle de ses détracteurs.

Pour nous, partisan depuis longtemps de l'anesthésie cocaïnique dans les limites de notre spécialité, nous croyons intéressant d'appeler l'attention sur un point qui étendra encore, croyons-nous, les services déjà considérables qu'a rendus la cocaïne à l'art dentaire.

Jusqu'à présent, tout au moins à notre connaissance, l'action analgésiante de la cocaïne n'a guère été utilisée que pour l'extraction des dents : la pusillanimité du malade ou les difficultés de l'extraction en étaient les principales indications.

D'autres moyens ayant également pour but de supprimer la douleur ont été préconisés, mais la cocaïne reste l'analgésique de choix, que l'on peut employer partout et pour ainsi dire toujours, et dont l'administration réglée par une technique minutieuse, mais non compliquée, permettra d'éliminer les insuccès ou les incidents.

La douleur causée par une extraction est toujours vive,

(1) Un résumé de ce travail a été lu à l'Académie de médecine, 19 mai 1903.

mais en général assez rapide si l'intervention s'effectue régulièrement. Il en est tout autrement si la conformation de la dent nécessite la séparation des racines ou si des altérations préalables rendent plus laborieuse cette avulsion. C'est là qu'on reconnaîtra tous les bienfaits de l'anesthésie, le malade qui ne souffre pas permettant à l'opérateur d'intervenir mieux et plus rapidement. Dans ce cas, la durée de l'anesthésie obtenue par la cocaïne est un facteur important, car les anesthésiques généraux employés en art dentaire, tels que le protoxyde d'azote ou le somnoforme, ne peuvent être employés que pendant un laps de temps souvent trop court. D'autre part, l'administration du chloroforme ou de l'éther offre, dans le cas qui nous intéresse, des inconvénients de pratique qui dépasseraient souvent les avantages qu'on en retirerait.

En présence des résultats probants fournis par des milliers de cas d'extraction, il semblerait tout naturel qu'on dût étendre à d'autres interventions les bienfaits de l'anesthésie cocaïnique.

M. Reclus en 1894, dans son petit livre sur la cocaïne en chirurgie, posait déjà nettement le problème et s'étonnait que la solution si simple qui en découle ne fût pas de pratique courante. Il dit textuellement ceci : « Les dentistes qui ont recours à la cocaïne insensibilisent les tissus lorsqu'ils veulent arracher une dent, mais *s'abstiennent dans les cas, si douloureux pourtant, où ils arrachent ou détruisent la pulpe par des vrilles ou par des caustiques*. Pourquoi ne pas faire alors des injections profondes, jusqu'au niveau des racines...? Certainement ces injections seraient efficaces : elles agissent sur les nerfs qui abordent la pulpe, puisque, lors de l'extraction, on étire et l'on rompt les nerfs sans que le patient éprouve la moindre souffrance. »

Or, depuis cette époque, nous ne croyons pas que l'indication donnée par M. Reclus ait été relevée et appliquée, de propos délibéré, au traitement douloureux des diverses altérations dentaires. C'est à peine si on a essayé timidement de porter directement au contact d'une pulpe malade une solution relativement concentrée de cocaïne. De même l'adjonction de la cocaïne à certaines préparations dans le but de supprimer la douleur que provoque leur emploi, dans les cas de dévitalisation de la pulpe par exemple, n'a qu'une action assez inconstante.

L'application de tampons imbibés d'une solution de cocaïne au dixième, pour modifier la sensibilité de la dentine douloureuse dans les caries du deuxième degré, n'a qu'une influence très douteuse, même après vingt minutes de contact.

Les indications et les contre-indications de la cocaïne, en art dentaire, paraissaient donc nettement établies, quand se passa le fait suivant :

Une malade vint nous trouver pour se faire arracher une dent. Celle-ci ne nécessitait, à notre avis, qu'un traitement conservateur, la carie étant constituée par un deuxième degré. La malade, nerveuse et pusillanime, insistant pour l'extraction en raison des douleurs qu'elle éprouvait et redoutait de voir s'accroître, nous lui faisons des injections de cocaïne dans la gencive suivant la technique ordinaire pour procéder à l'extraction de la dent. Or, pendant que la cocaïne agissait, la malade était venue à résipiscence et décidait de conserver sa dent.

Nous commençons le traitement séance tenante et quel n'est pas notre étonnement — et celui de la malade — en voyant que le contact des instruments qui provoquait tout à l'heure une douleur exquise n'était plus perçu que comme

une vague sensation de contact. Les parties altérées de la dentine sont enlevées, la cavité préparée et obturée séance tenante, sans que la malade eût ressenti aucune douleur.

Un pareil fait attira vivement notre attention et nous résolûmes alors d'appliquer l'anesthésie cocaïnique aux diverses interventions douloureuses auxquelles nous devions avoir recours. Nous avons intentionnellement appliqué cette méthode aux cas les plus divers, et les résultats ont été tels que nous espérons posséder maintenant un moyen simple et pratique de supprimer la douleur, et par cela même de traiter *rapidement* les caries dentaires.

Donc, toutes les fois qu'un examen préalable aura montré une hyperesthésie dentinaire ou pulpaire, et particulièrement chez les malades nerveux, il y aura avantage à recourir à l'analgésie cocaïnique.

La lecture des observations annexées à cette note est démonstrative à cet égard : on peut y suivre pas à pas les progrès de l'insensibilisation et si nous attirons l'attention sur ce point, c'est que, quel que soit le traitement que l'on ait à pratiquer (abrasion de dentine ramollie et sensible, suppression d'une pulpe malade, enflammée ou non, extraction des radicules nerveux); quelle que soit également la dent sur laquelle porte l'intervention, nous avons eu des résultats satisfaisants.

L'émotivité du malade, surtout des femmes, était pour nous une indication de plus de recourir à la méthode analgésique, et de fait nous n'avons pas constaté que cette pratique eût le moindre inconvénient, la malade se calmant dès qu'elle se rendait compte de l'analgésie produite. Nous n'avons donc pas observé, je ne dirai pas d'accidents, mais même d'incidents dus à l'action de la cocaïne.

Je suis certain que ces heureux résultats sont dus à l'appli-

cation d'une technique bien réglée. Voici de quelle façon je procède :

La solution de cocaïne que nous employons est une solution faible, d'après les indications de M. Reclus. Nous nous servons ordinairement d'un mélange de chlorhydrate de cocaïne et d'eucaïne dans les proportions suivantes : 1 cc. de la solution contient 15 milligrammes de chlorhydrate de cocaïne et 5 milligrammes d'eucaïne B, celle-ci ayant pour but de remédier aux effets vaso-constricteurs de la cocaïne.

Nous avons également eu recours avec succès à la solution huileuse de cocaïne pure, préconisée par Poinsot.

Enfin, dans les cas où une congestion très accentuée des parties malades rendait incertain l'effet de la cocaïne sur des tissus enflammés, nous avons retiré le plus grand bénéfice de l'adjonction d'adrénaline à la cocaïne. L'adrénaline paraît limiter et par suite renforcer l'action de la cocaïne : on peut assimiler son action à celle de la ligature élastique que l'on pose à la racine d'un doigt sur lequel on pratique des injections de cocaïne. L'adrénaline nous sert, pour ainsi dire, de ligature vasculaire.

Deux conditions doivent être remplies pour obtenir une bonne anesthésie : bien circonscrire par les injections la dent que l'on se propose de traiter, et savoir attendre que l'action de la cocaïne se soit produite. La plupart des insuccès portés à l'actif de la cocaïne sont dus, nous en sommes persuadés, à l'inobservation de ces règles.

La technique de l'injection est également importante : celle-ci devra être faite avec minutie. Il n'est pas toujours facile de pousser correctement une injection dans un tissu dont l'épaisseur n'est souvent guère plus grande que le diamètre de l'aiguille. On devra donc employer des aiguilles d'acier, très fines, acérées. Les aiguilles en platine iridié

dont la stérilisation par le flambage est si facile ont l'inconvénient de piquer moins bien, et, à lumière égale, d'être d'un diamètre supérieur à celui des aiguilles en acier. Celles-ci seront stérilisées par une immersion d'un quart d'heure dans le chloroforme ou mieux par l'étuve sèche.

L'injection sera d'autant plus difficile qu'il faudra analgésier une dent plus profonde : elle sera également plus ardue sur la face externe que sur la face interne, sur le maxillaire inférieur que sur le supérieur.

L'injection devra être poussée lentement, l'aiguille enfoncée de plus en plus profondément jusqu'à 2 centimètres environ dans la direction de l'apex en restant le plus près possible du périoste. Si l'injection est bien faite, la gencive ne tardera pas à prendre une teinte blanche caractéristique, en même temps que sa sensibilité disparaît. La sensibilité de la dent s'atténue peu à peu dans un temps qui varie de deux minutes à un quart d'heure. Cette anesthésie dure de dix à quarante minutes, quelquefois plus, puis disparaît progressivement en commençant par la partie la plus sensible qui est la pulpe. Mais pendant ce laps de temps l'anesthésie a été complète, on a pu exécuter toutes les manœuvres douloureuses, et si l'on a besoin de prolonger l'anesthésie, une nouvelle injection y pourvoira, à condition toutefois que la somme des quantités de cocaïne injectée ne dépasse pas le maximum fixé comme étant sans danger.

Les suites de l'anesthésie cocaïnique, dans le cas qui nous occupe, n'offrent rien de particulier. Les injections de cocaïne qui ne dépasseront pas un total de 5 centigrammes en une seule séance ne donneront ni accidents ni incidents. Ceux-ci seront également d'autant moins à craindre que le titre de la solution sera plus faible.

Au point de vue de la douleur, nous avons vu que la sen-

sibilité revenait peu à peu. Les sensations douloureuses qui suivent l'intervention ne sont pas autres que celles qui existent dans les cas d'opération sans cocaïne. Le traumatisme infligé à des tissus vivants par les manœuvres que nécessite une obturation normale, cause toujours quelques heures de gêne plutôt que de douleur, une fois l'intervention terminée. Ce qu'il importe de bien savoir, c'est que la rapidité du traitement sous cocaïne, qui permet en quelque sorte de brûler les étapes, ne se traduit nullement par une augmentation des douleurs consécutives.

La physiologie exacte de l'anesthésie dentaire par la cocaïne est encore à établir. Étant donné la richesse vasculaire et nerveuse du périoste alvéolaire, ses connexions avec la gencive d'une part, et de l'autre avec les fibrilles de Tomes en rapport elles-mêmes avec la pulpe, il est permis de penser que la cocaïne agit de proche en proche, insensibilisant tout d'abord les parties périphériques et n'atteignant qu'en dernier lieu les parties centrales. Une démonstration de cette hypothèse paraît résider dans ce fait qu'après une injection gingivale, la dentine est anesthésiée avant la pulpe. Quant à l'action intime de la cocaïne sur les éléments nerveux, elle paraît être, comme l'a indiqué M. Dastre, celle d'un curare sensitif, agissant sur les extrémités nerveuses. L'ignorance où nous sommes du point où se terminent les fibrilles nerveuses de la dent nous forcent à rester dans le doute à ce sujet. Peut-être la cocaïne agit-elle directement sur tous les tissus dentaires, en suspendant l'activité de la cellule, quelle qu'elle soit. Toujours est-il que si la marche exacte de l'anesthésie n'est pas scientifiquement établie, l'anesthésie existe pratiquement dans toute l'étendue de la dent.

Les insuccès que nous avons eu à noter se rapportent à deux cas de pulpite aiguë (n°s 2 et 11).

Dans ces deux cas, l'injection de cocaïne anesthésia la dentine et nous permit d'arriver sans douleur jusqu'à la pulpe, mais celle-ci était restée sensible, et nous dûmes avoir recours à la dévitalisation lente par l'acide arsénieux. Nous devons dire que dans ces deux cas nous avions eu recours à notre solution cocaïne et eucaine. Mais, dans deux autres cas de pulpite aiguë que nous eûmes à traiter depuis, l'association de l'adrénaline à la cocaïne nous permit d'obtenir une anesthésie pulpaire absolue.

Existe-t-il des contre-indications à l'emploi de la méthode que nous proposons de généraliser? Elles paraissent bien rares. Ce sont celles de la cocaïne en général, bien réduites si l'on emploie de faibles doses.

L'injection, dans les cas de gingivo-périostite, rendra peu de services, mais le traitement de la dent elle-même en pareil cas est peu douloureux. L'adrénaline, en modifiant la circulation des tissus enflammés, pourra renforcer l'action de la cocaïne : c'est ce qui nous explique les bons effets que nous en avons retirés dans les cas de pulpite aiguë.

D'autre part, il sera inutile de recourir à l'anesthésie cocaïnique pour soigner un quatrième degré. La dent est morte et ne réagira pas au traitement pratiqué sans cocaïne.

Nous rappellerons donc brièvement en terminant les avantages de l'injection gingivale de cocaïne pour les opérations dentaires douloureuses. Cette méthode permet :

a) De toujours supprimer une douleur souvent égale et dans tous les cas plus prolongée que celle qui résulte de l'extraction d'une dent.

b) Pour les caries au deuxième degré, on supprime une préparation douloureuse, les pansements que l'on pratique d'ordinaire pour obtenir l'insensibilité de la dentine n'ayant

NOM SEXE	DENT	LÉSION	SOLUTION QUANTITÉ	TEMPS ÉCOULÉ ENTRE PIQÛRE ET ANESTÉSIE	DURÉE DE L'ANESTHÉSIE	NATURE DE L'OPÉRATION	SUITES	OBSERVATIONS
1 R..... F	Molaire de 6 ans supér. droite.	Pulpite	Cocaine Poinsot 1cc	2 minutes	20 minutes	Ablation de la pulpe. Extraction des radicelles.	Pas de douleur.	Malade très nerveuse.
2 Gr.... F	1re petite mol. supér. gauche.	3e degré	Cocaine	15 minutes		Ouv. de chambre pulpaire Tentative, extract. de pulpe. Acide arsénieux.		8 j. pl. tard, pulpe sens. Inj. de cocaïno et adrénaline. Extr. sans douleur des radicelles.
3 Lef... F	2e grosse mol. infér. gauche.	3e degré	Cocaine	4 minutes	15 minutes	Ablat. de la pulpe. Extr. dos radic. Obtur. à la gutta.	Opération insensible.	
4 Legr.. M	2e petito mol. inférieure droito.	3e degré	Cocaïne Poinsot 1cc	3 minutes	15 minutes	Ouvert. de chambre pulp. Application d'un caustique.	Douleur nulle.	
5 Lef... F	1re petite mol. supér. gauche.	3e degré	Cocaine	5 minutes	20 minutes	Ouverture de pulpe. Extr. des radic. vivantes. Mèches. Obturation gotta.	Suites normales	1re part. de l'opér. effect. sans cocaine. La doul. emp. d'aborder la pulpe, alors inject. et anesth.
6 ...... F	2e petite mol. inférieure droite.	2e degré avancé	Cocaïne	5 minutes		Obturation immédiate.	Id.	L'anesthésio a duré tout le temps de l'opération.
7 ...... F	Canino sup. g.	2e degré	Cocaïne		12 minutes	Prép. de la cavité. Obtur.	Id.	Nerv. Hyperesth. dentinairo.
8 Pet... F	2e petito mol. supér. droite.	3e degré	Cocaïne Poinsot ½cc	5 minutes		Extract. d'un filament nerveux. Pansement du canal.		
9 ...... F	1re petite mol. supér. gauche.	2e degré avancé	Cocaine	6 minutes	7 minutes	Préparation. Obturation immédiate.		
10 Dr G.. M	Incisivo latérale sup. gauche.	2e degré	Cocaïno Eucaine	3 minutes	35 minutes	Obturation immédiato.		Dentine hypersensible, sujet très nerveux.
11 ...... F	1re grosse mol. inférieure droite.	3e degré	Cocaine Eucaïno	5 minutes		Ouverture de la chambre pulpaire. Pulpe restée sensible. Acido arsénieux.	Le lend., pulpe enlovée sans doul. après injection.	La dent. seule avait été anesth. Av. l'inj. la doul. était telle que la malade redout. une syncope.
12 ...... F	Canine.	2e degré avancé	Cocaine Eucaine			Préparation do la cavite. Obturation immédiate.		
13 S..... M	Incisiv. méd et lat. sup. gauches.	2e degré	Cocaïne Eucaine	4 minutes	35 minutes	Préparation de cavité. Obturation au ciment.		Malade très nerveux.
14 S..... M	Incisives méd. et lat. droites.	2e degré	Cocaine Eucaïne		40 minutes	Aurification.	Suites normales	
15 R..... F	Dont de sagesse gauche.	2e degré	Cocaïno Eucaïne			Préparation de la cavité. Obturation immédiato.		La durée de l'anosth. n'a pas été notée, mais olle a duré tout le temps de l'opér. Malade nerv.
16 R..... F	2e grosso molairo droite.	2e degré	Cocaïno Encaïno		15 minutes	Aurification.		
17 D..... F	Dent de sagesse droite.	2e degré avancó	Cocaine Eucaino	3 minutes		Préparation. Obturation à l'amalgame.	Rien de spéciat.	L'anesthésie a duré pendant toute l'intervention.
18 L..... F	1re petito mol. infér. gaucho.	2e degré	Cocaine Eucaïno			Obturation séanco tenante		Malade très nerveuse. Hyporsensibilité dentinaire.
19 R..... F	1re grosse mol. infér. gauche.	3e degré	Cocaine *Adrénaline*			Ouverturo de la chambre pulpaire. Obturation provis.	Pas de douleur	La mal. pres. av. l'inj. des doul. paroxystiques. Malade tr. nerv.
20 C..... F	Incisive centrale droite.		Cocaïne *Adrénaline*	4 minutes		Section de l'incisivo. Extirpation du nerf.		La malade n'a pas ressenti la moindre douleur.

qu'une efficacité douteuse. Le traitement y gagne en rapidité puisqu'il permet d'obtenir en une seule séance un résultat qui n'aurait été obtenu, — et moins parfaitement — que par des pansements multiples.

Enfin, l'anesthésie cocaïnique permet de préparer sans douleur les points de rétention dans les cas d'aurification.

c) Dans les caries au troisième degré, on peut agir d'emblée sur la pulpe rendue indolore On supprime les cautérisations et il s'ensuit également une diminution de la longueur du traitement.

Ces avantages nous ont paru suffisants pour mériter d'être signalés.

OBSERVATIONS

Les 20 observations que nous indiquons ici sont extraites d'un ensemble d'une cinquantaine d'interventions que nous avons pratiquées dans les mêmes conditions. La publication de la totalité de ces cas eût été fastidieuse, car ils semblent calqués les uns sur les autres. Nous avons choisi ceux qui, à un titre quelconque, nous paraissaient le plus intéressants.

Ces observations comportent des cas du deuxième et du troisième degré.

Nous y relatons les deux cas que nous signalons comme insuccès, insuccès relatif puisque la dentine était anesthésiée. Nous ferons remarquer que, dans le cas n° 2, une injection de cocaïne avec addition d'adrénaline nous donna un succès huit jours après l'échec de la cocaïne seule.

La durée de l'anesthésie n'a pas toujours été notée, mais au point de vue pratique, elle a toujours été supérieure à la durée de l'intervention, de telle sorte que celle-ci a pu être effectuée sans la moindre douleur.

Nous avons eu le plus souvent à traiter des femmes, très nerveuses, et dont les lésions étaient très douloureuses. Les résultats obtenus acquièrent donc de ce fait une valeur plus grande encore.

VARIÉTÉS

Alcoolisme et dépopulation.

M. le Dr R. Blondel a fait à ce sujet une conférence qui présente la question d'une manière nouvelle et originale. Nous en donnons ici le résumé.

Il n'est pas de problème plus pressant, à l'heure actuelle, que celui de la dépopulation. Chacun sait que, depuis 1891, le chiffre de notre natalité ne dépasse plus celui de notre mortalité. Malgré un relèvement insignifiant, constaté par le dernier recensement, nous en sommes arrivés au moment où notre budget démographique se balance à peine ou incline vers le déficit : pour tout budget, quand un pareil résultat a été obtenu graduellement et par un enchaînement de faits dont rien ne fait prévoir la fin, c'est le signe certain de la ruine à échéance inévitable.

En cent ans, les Français qui représentaient 27 p. 100 de la population totale de l'Europe, sont arrivés à n'en plus former aujourd'hui que 12 p. 100. Notre natalité n'est plus guère que la moitié de celle des grandes puissances : elle est la plus faible de toutes les nations du globe.

Les dangers d'une pareille situation sautent aux yeux.

Certes, il y aura toujours des habitants dans le beau pays de France, mais ce ne seront plus des Français.

La substitution de l'étranger à l'indigène est inévitable. Elle sera *brusque* ou *graduelle*.

Brusque par le démembrement, le jour où notre armée sera devenue insuffisante : or, elle peut le devenir *quantitativement* puisque nous avons renoncé à suivre, faute d'hommes, le mouvement sans cesse croissant du chiffre de l'armée allemande ; elle le devient *qualitativement*, puisque, pour maintenir à tout prix le chiffre auquel nous nous sommes arrêtés, il nous a fallu abaisser la taille des conscrits et incorporer des unités de médiocre valeur physique, alors que nos voisins, largement pourvus, peuvent pratiquer une sage sélection. La différence considérable entre la mortalité française et la mortalité allemande chez les soldats, dont les Chambres elles-mêmes ont fini par s'inquiéter récemment, n'a pas d'autre origine.

La substitution, si elle n'est brusque, sera du moins graduelle, et elle l'est déjà. Sait-on qu'à Paris, la proportion des étrangers fixés atteint 20 p. 100 de la population totale, en un mot que sur dix personnes rencontrées dans la rue, il y a deux étrangers ? Dans toutes les grandes villes, avec plus ou moins d'intensité, on assiste au même phénomène d'infiltration : dans la campagne, sur chacune de nos frontières, c'est l'étranger qui déborde.

Ici, une objection. Pour un certain nombre d'économistes, d'une incontestable autorité d'ailleurs, il n'y a là qu'un péril imaginaire, bien plus, un phénomène compensateur des plus heureux : c'est du sang nouveau infusé à notre vieil organisme : c'est une conquête, presque une victoire. L'élément étranger s'assimile rapidement et l'esprit national n'en est point troublé. Le portrait du Gaulois tel que l'a tracé Jules César, il y a bientôt deux mille ans, est encore trait pour trait celui du Français d'aujourd'hui, malgré les incorporations romaines, franques, normandes, espagnoles et même sarrasines qui n'ont pas fait faute en cette longue période. Le caractère de l'habitant serait avant tout une résultante des influences ambiantes : l'homme est le produit de la terre, et l'on sait avec quel art Taine a su développer cette brillante théorie.

Malgré l'autorité de ses parrains, celle-ci nous est suspecte. Pour le biologiste, l'homme est avant tout une résultante d'héré-

dités très longtemps ineffaçables. Si grande que soit l'influence incontestable du milieu, elle n'est qu'une cause seconde. Si les races incorporées à la race celtique ont été absorbées par elle, c'est en raison de croisements où elle s'est montrée la plus forte, ce qui veut dire la plus solidement fixée, la mieux définie, la plus typique.

Et puis, si l'on pouvait parler de l'influence du milieu à une époque où celui-ci exerçait une action ininterrompue sur le sujet, peut-on continuer à le faire depuis que les déplacements sont devenus si faciles et que le milieu, en dehors de quelques villages perdus, n'est plus, pour aucun de nous, ni constant, ni homogène ? Depuis qu'il existe des chemins de fer et des journaux quotidiens qui pénètrent partout, toute l'étude de l'action sociale du milieu est à refaire.

Les partisans de cette idée en sont-ils eux-mêmes très convaincus, lorsqu'on les voit, d'autre part, montrer pour un pays l'heureuse force d'expansion que lui donne l'émigration qui va porter au loin l'influence nationale et agrandir en quelque sorte la patrie. Ou l'émigrant s'absorbe, ou il ne s'absorbe pas...

Il y a un fait dont il faut tout de suite tenir compte, c'est que ce mouvement de décroissance de la natalité, n'est pas propre à la France. On l'observe à des degrés variables chez tous les peuples civilisés. Les États-Unis, peuple tout neuf, en proie à une civilisation intensive et presque exaspérée, le manifestent à un haut degré, si on défalque de leur population l'apport annuel d'une énorme immigration.

Tous les économistes sont d'accord pour constater ce fait : les races civilisées tendent à disparaître pour faire place aux races restées incultes dont le tour est venu d'entrer dans la civilisation. Mais ce qui doit nous alarmer à juste titre, c'est qu'en vertu des chiffres cités plus haut, c'est la race française qui va disparaître la première.

Nombreuses sont les causes invoquées pour expliquer le phénomène de la dépopulation et spécialement son intensité dans notre pays : élévation des charges fiscales, service militaire,

retard de l'âge du mariage, crainte de morceler le patrimoine, etc.

Toutes sont illusoires ou insuffisantes : elles n'agissent que dans la mesure où elles se rattachent à la cause primordiale et incontestable : le désir du bien-être.

Ce désir du bien-être a toujours été le principal ennemi de la fécondité humaine. C'est la grande loi de substitution d'un plaisir à un autre. « L'opulence et le plaisir font la plus redoutable concurrence aux joies conjugales. » (Leroy-Beaulieu.)

Il semble que l'absence de besoins, et même, ayons la cruauté de le dire, la misère soit, par contre, le véritable facteur par lequel la natalité se maintient élevée ou se relève. On la voit remonter après les guerres et les grandes calamités publiques. Elle diminue avec la paix, le repos et l'abondance des subsistances.

Ce n'est là, au fond, qu'un effet de la grande loi naturelle qui, dans les espèces animales, a fait de la fécondité leur principal ément de résistance. Les plus menacées sont les plus aptes à repeupler.

Ce qui est inquiétant pour notre pays, c'est que si les riches sont peu féconds, comme partout ailleurs (de plus en plus les grandes familles américaines n'ont qu'un enfant unique), la classe bourgeoise et la classe pauvre voient diminuer chez nous la fécondité par laquelle se fait chez les autres la compensation.

Que les familles riches s'éteignent, c'est la loi naturelle de l'évolution de toute race, évolution qui se ramène à une ascension depuis l'état primitif, au contact du sol, jusqu'à la civilisation des grandes villes où sa vigueur, que le travail physique et la vie des champs n'entretiennent plus, s'épuise et meurt. Sans cesse le riche fait place à de nouveaux riches. C'est de la classe pauvre, véritable réserve de fécondité, que le jaillissement se poursuit.

Le riche obéit inconsciemment à une loi naturelle en disparaissant, comme par une expiation. Là où l'évolution est rompue pour la France, c'est que le pauvre, contrairement à la même loi, ne repeuple plus. Pourquoi ? Le désir du bien-être, ferment de limitation de la fécondité, a pénétré toutes les couches so-

ciales à l'heure actuelle. Le paysan d'aujourd'hui ne se contente plus de ce qui lui suffisait jadis. La civilisation, comme partout, a eu comme résultat de créer de nouveaux besoins.

Ceux-ci sont légitimes. Tout être humain a droit au bien-être, au bonheur tel qu'il le conçoit. Condamner ce besoin légitime, c'est condamner le ferment même de vitalité d'un peuple. Nous sommes d'accord sur ce point avec les plus effrénés socialistes. Mais nous pensons, toujours d'accord avec les lois naturelles, que c'est par le travail, et non par la mise en possession immédiate, sans effort personnel, que ce but doit être atteint.

Et si ce besoin légitime de bien-être, avec sa rançon prévue qui est l'infécondité plus ou moins prochaine, conduit la race française à une disparition plus prompte que celle de tout autre peuple, c'est *parce qu'il a été dévié en chemin, qu'il a abouti chez nous à un cul-de-sac, où la race s'éteint, sans le bien-être réel, mais avec tous les dangers de celui-ci, à l'Alcoolisme.*

C'est lui le grand coupable : il atteint la race dans la classe qui doit constituer sa réserve de fécondité, et il l'atteint sûrement, car il l'atteint sur plusieurs points à la fois.

1° Le cabaret est l'ennemi du foyer conjugal : il le remplace, bien heureux quand celui-ci ne s'y transporte pas. L'ouvrier y trouve ce faux bien-être qui manque à son foyer, les conversations avec ses amis, de la lumière et du feu le soir ; l'alcool lui donne une gaieté artificielle, où il oublie sa misère, sans voir que c'est en partie à la dîme payée au cabaret qu'il la doit. Le foyer n'existe plus : par comparaison, il n'est plus que le logis maussade où les enfants, couchés quand on rentre, qu'on ne suit plus, qu'on n'aime plus, n'apparaissent que comme une marmaille encombrante et coûteuse, dont on limite le nombre, dès qu'on y songe. Un enfant n'est plus que le résultat d'une imprudence, empêchant le résultat numérique de tomber trop vite ; ce résultat pour la race est nul, car la descendance de l'alcoolique est condamnée à n'être qu'une non-valeur.

2° Par là encore, et plus nettement, s'il est possible, l'alcoolisme, synonyme d'habitude du cabaret, agit sur le chiffre d'une

population. La descendance de l'alcoolique fournit une proportion énorme d'enfants qui meurent en bas âge, d'être chétifs que la tuberculose fauchera prochainement, enfin, parmi ceux qui survivent, de candidats à l'alcoolisme, la « manie » de la boisson étant transmissible non seulement par l'exemple, mais par l'hérédité conceptionnelle.

Ces résultats effrayants ont été constatés par tous les médecins qui se sont occupés de ces questions. Le Dr Legrain, qui a pu suivre 215 familles d'alcooliques, y a noté 174 cas de mort-nés ou de morts en bas âge. A la deuxième génération, il a pu suivre 98 familles avec 294 enfants chez qui l'on relève 23 cas d'aliénation mentale et 40 cas d'épilepsie. A la troisième génération Legrain trouve 7 familles avec 17 enfants, tous tarés : les uns sont idiots, arriérés ou faibles d'esprit, d'autres présentent la folie morale, l'hystérie ou l'épilepsie.

Demme nous montre par comparaison les issus de 10 familles de buveurs d'un côté, et de l'autre ceux de 10 familles sobres suivies pendant douze ans. Sur 57 enfants de buveurs, 10 enfants seulement sont sains (17 0/0), 25 meurent de faiblesse congénitale, 6 sont idiots, 5 arrêtés dans leur développement, 5 épileptiques, 1 choréique, et 5 présentent des malformations congénitales. Les 10 familles sobres ont 61 enfants, dont 50 se développent normalement (82 p. 100), 5 sont morts en bas âge, 4 seulement ont quelques troubles nerveux et 2 ont des malformations congénitales.

Une statistique d'ensemble sur le dépeuplement par arrondissement et sa comparaison avec la progression de la consommation des boissons alcooliques dans les mêmes régions nous manque ; pour certains départements, toutefois, l'influence de l'alcoolisme est manifeste : tel est le Calvados, classé parmi les départements les plus alcooliques et où la population, en dix ans, a baissé de 5.000 unités. Quant à l'abaissement progressif de la taille, signe de l'affaiblissement de la race, et à l'accroissement des inaptes au service militaire, les statistiques des conseils de

revision coïncident d'une façon frappante avec la progression de l'alcoolisme dans le département.

L'alcoolisme est donc, pour la dépopulation si inquiétante de notre pays, une cause efficiente essentielle, peut-être celle qui agit le plus, car elle s'exerce sur la classe qui, dans tout pays, assure le réapprovionnement en hommes.

Toutes les mesures proposées pour arrêter la dépopulation resteront stériles, tant qu'on n'aura rien fait contre lui.

Or, nous ne faisons rien. Trop d'intérêts privés, défendus dans le Parlement par des intérêts électoraux, sont groupés chez nous autour de cette terrible question de l'alcool. On recherchera toujours une mesure protectrice qui ne lésera personne et on ne la trouvera pas. Le relèvement des droits ne fera qu'encourager la fraude, et avec elle la production, donc la consommation. Un seul remède sera efficace, comme il l'a été chez les peuples qui ont eu le courage de l'adopter : c'est la réduction du nombre des cabarets, système qui, en Suède et en Norvège, a fait merveille.

C'est au développement sans limites des cabarets depuis l'abrogation en 1880 du décret de 1851 que l'on doit en grande partie l'effroyable accroissement de l'alcoolisme en France au cours de ces dernières années. La statistique de 1897 donne un chiffre de 450,000 débits pour toute la France, soit un débit par 84 habitants, ou pour 30 adultes environ. Ceci n'est qu'une moyenne : nombreuses sont les villes où il existe un débit pour 20 adultes.

Notre état politique actuel laisse peu d'espoir de voir les députés consentir à une réduction du nombre des cabarets qui sont pour eux surtout des centres électoraux. Ce serait leur demander le suicide.

Ce n'est pas une raison pour rester inactifs. Le cabaret a remplacé le foyer. Il faut que le foyer remplace le cabaret. Quand l'ouvrier aura son logis personnel à la campagne, qu'il sera devenu une manière de petit propriétaire, l'attrait du cabaret diminuera et alors renaitra le goût du foyer et avec lui la fécondité, sans laquelle nous sommes condamnés à disparaître.

Tout bon Français doit unir ses efforts à la vigoureuse cam-

pagne anti-alcoolique, commencée par quelques hommes de cœur et d'énergie. Par l'exemple de la sobriété, chacun doit montrer à l'ouvrier que l'alcool, contrairement à certains sophismes vite exploités, n'est jamais indispensable et que sa suppression est compatible avec une belle santé et une puissante production de travail. La démonstration de la proposition inverse n'est que trop faite par les lugubres statistiques de nos hôpitaux urbains où 30 p. 100 des décès, directement ou indirectement proviennent non seulement de l'abus, — ce qu'on veut bien admettre, — mais de l'*usage continu* de l'alcool.

Lutter contre l'alcoolisme, c'est travailler au relèvement de la Patrie.

REVUE DES THÈSES

par Mme Durdan-Laborie.

Thérapeutique infantile

259. — *Contribution à l'étude du lait maternisé.*
147. — *Etude clinique de la myocardite typhoïdique chez l'enfant.*
163. — *Les idées actuelles sur le traitement du choléra infantile.*
164. — *De l'emploi des verres dans le traitement du strabisme.*
299. — *Des néphrites aigües dites primitives chez l'enfant.*
285. — *Sur la durée de l'allaitement exclusif au sein.*
229. — *Traitement de la coqueluche par les inhalations d'ozone.*
145. — *L'ophtalmie purulente des nouveau-nés.*
261. — *Etude sur les injections préventives de sérum antidiphtérique.*
374. — *La zomothérapie dans la tuberculose pulmonaire chez les enfants.*
338. — *Lait stérilisé et rachitisme.*
337. — *La médecine infantile chez les Grecs et les Romains.*
323. — *Les manifestations osseuses et articulaires de la fièvre typhoïde chez l'enfant.*
344. — *Du chondrome des os de la main chez les enfants.*
320. — *Contribution à l'étude de la pathogénie des kystes séreux congénitaux du cou.*

Contribution à l'étude du lait maternisé. M. Six (*Thèse de Paris*, 1902, n° 259).

Des progrès sensibles ont été faits dans l'allaitement artificiel, cependant on est effrayé de voir encore un chiffre aussi considé-

rable dans la mortalité infantile, car plus d'un tiers succombe aux accidents de la gastro-entérite d'origine alimentaire.

De tous les procédés de fabrication de laits artificiels, celui de Gaertner paraît le meilleur.

Il donne un lait dont la composition est à peu près semblable à celle du lait de femme.

Le lait maternisé peut être employé chez les enfants, les adultes et les vieillards.

Par suite de la quantité minime de lactose qu'il contient, les diabétiques pourront en faire usage sans inconvénient.

Étude clinique de la myocardite typhoïdique chez l'enfant.
M. Calamet (*Thèse de Paris*, 1902, nº 147).

La fièvre typhoïde frappe l'enfant presque à l'égal de l'adulte. Elle est cependant tout à fait exceptionnelle dans les deux premières années de la vie.

Elle sévit plus particulièrement chez ceux qui ont dépassé la cinquième année; une des complications les plus redoutables est la myocardite, le cœur est le plus souvent atteint dans le deuxième septenaire.

La myocardite typhoïdique, chez l'enfant, se termine le plus souvent par la mort. Cependant, la guérison peut être obtenue même quand le collapsus a été noté plusieurs fois; cette myocardite n'est souvent qu'apparente, de la sclérose envahissant plus tard le myocarde et l'endocarde.

Bien que l'existence de la myocardite soit reconnue, les bains froids doivent être continués, seulement chaque bain doit être précédé d'une injection de strychnine.

Il n'y a que deux contre-indications, ou bien l'enfant ne peut supporter le bain et a une syncope dès qu'on le plonge dans l'eau, ou bien il existe ce que nous appelons le cœur instable.

Dans ces deux conditions, s'en tenir aux enveloppements, lotions et toniques cardiaques, qui, dans les autres circonstances, devront demeurer de simples adjuvants de la balnéation froide.

Les idées actuelles sur le traitement du choléra infantile.
M. MIR (*Thèse de Paris*, 1902, n° 163).

Le choléra infantile, a dit Trousseau, est l'expression la plus grave des accidents que peut occasionner le sevrage prématuré. Aussi le traitement comporte-t il des méthodes qui sont acceptées partout, et d'autres qui sont encore discutées.

Parmi les premiers, il faut citer la diète hydrique, la balnéation et les injections de sérum. Ces trois méthodes constituent un véritable trépied, et doivent être simultanément employées dans tous les cas.

Quant aux médicaments chimiques, le calomel seul est utile à la période aiguë, à la condition d'être donné à petites doses et prudemment.

Les lavages de l'estomac, de l'intestin, doivent être donnés avec mesure quand les phénomènes de collapsus ne prédominent pas.

Ces différentes médications, judicieusement employées, donneront de bons résultats dans tous les cas.

De l'emploi des verres dans le traitement du strabisme.
M. LE ROUX (*Thèse de Paris*, 1902, n° 164).

Étant donnée la tendance de certains ophtalmologistes à opérer très tôt le strabisme, nous avons cru bon de réagir en montrant les services que peut rendre l'emploi des verres sphériques et cylindriques.

Chez un enfant au-dessous de douze ans, si l'acuité visuelle n'est pas inférieure à 1/4, on ne doit pas l'opérer, il faut songer au traitement dioptrique.

Les verres doivent être portés constamment ; le temps que met le traitement est très variable, un jour à plusieurs mois. Il faut continuer le port des verres pendant deux années avant de tenter l'opération.

Il ne faut pas opérer les enfants trop jeunes, et chez ceux qui ne peuvent encore porter des lunettes, l'atropine seule peut être employée

Des néphrites aiguës, bénignes « dites » primitives chez l'enfant. M. PALLEGOIX (*Thèse de Paris*, 1902, n° 299).

Chez l'enfant, de même que chez l'adulte, et malgré ce qu'en pensaient les auteurs anciens, le rein est exposé à l'inflammation aiguë, de quelque nature qu'elle soit.

Chez l'enfant, il existe une néphrite aiguë, liée la plupart du temps à une affection banale du rhino-pharynx, quelquefois à une cause indéterminée, qui, par la soudaineté de son apparition, semble bien mériter l'appellation de primitive.

La durée de cette affection varie entre quelques jours et plusieurs semaines. Elle se rencontre surtout à partir de quatre ans.

Les symptômes sont : l'albuminurie, l'œdème, principalement la bouffissure des paupières, l'oligurie, parfois l'hématurie. C'est une néphrite essentiellement bénigne, à pronostic toujours favorable.

Le traitement comprend : le régime lacté, le repos au lit, les purgatifs drastiques, les lavements froids, la révulsion lombaire, ventouses scarifiées. Comme adjuvant, l'acide gallique à la dose de 0 gr. 10 à 0 gr. 20.

Sur la durée de l'allaitement exclusif au sein, chez les mères-nourrices de la classe ouvrière. M. DUNÈME (*Thèse de Paris*, 1902, n° 285).

Quand l'allaitement artificiel, cause principale de la mortalité infantile, aura cédé la place à l'allaitement maternel, la tâche de ceux qui se sont voués à la puériculture ne sera pas pour cela terminée.

Si nous voulons préparer pour l'avenir des générations robustes, il nous restera encore à surveiller attentivement l'allaitement maternel.

Les 9/10 des femmes qui ne nourrissent pas au sein n'ont aucun motif sérieux pour nourrir leurs enfants au biberon.

Notre statistique montre que 90 p. 100 des femmes de la classe ouvrière peuvent allaiter.

Chez celles qui nourrissent, la durée de l'allaitement exclusif n'est pas assez longue, la sécrétion lactée devient insuffisante du quatrième au sixième mois; dans ce cas, le mieux est d'avoir recours à l'allaitement mixte; celui-ci devrait être prolongé à ses limites normales, un an et plus.

Traitement de la coqueluche par des inhalations d'ozone. M. HURION (*Thèse de Paris*, 1902, n° 229).

L'attaque directe de l'agent pathogène de la coqueluche étant ou impossible ou très incertaine, on doit se borner provisoirement à la lutte indirecte par les médicaments.

L'ozone semblerait agir par son pouvoir antiseptique, ses résultats sont constants et rapides. Ces inhalations combattent le catarrhe et le spasme, elles atténuent la violence et la fréquence des quintes, et préviennent, par ce fait, les complications infectieuses et mécaniques.

L'appareil le plus portatif et le plus pratique est celui du docteur Labbé Donatien.

L'ophtalmie purulente des nouveau-nés, sa prophylaxie, son traitement. M. SEVRAY (*Thèse de Paris*, 1902, n° 145).

Les mesures préventives simples et faciles sont les suivantes : désinfecter les organes génitaux de la mère avant l'accouchement; pendant le travail protéger l'entrée du vagin au moyen de compresses de gaze antiseptique.

Ne faire le toucher qu'après désinfection des mains. Aussitôt après la naissance, avant la section du cordon, nettoyer les yeux de l'enfant sur toute leur surface extérieure à l'aide d'un tampon d'ouate sèche, puis laisser tomber entre les paupières une ou deux gouttes de nitrate d'argent à 1 p. 150.

Ne jamais se servir pour la face de linge ou éponge.

Si, malgré toutes ces précautions, l'ophtalmie se déclare, faire plusieurs fois par jour dans l'œil malade, au moyen d'un entonnoir de Kalt, d'abondantes irrigations, avec le permanganate à

1 p. 4.000 ou à 1 p. 2.000 suivant la virulence du pus, et la tolérance des tissus malades.

Isoler tout enfant, désinfecter ou détruire tous les linges et autres objets souillés.

Étude sur les injections préventives du sérum antidiphtérique. M. CARON (*Thèse de Paris*, 1902, n° 261).

La prophylaxie de la diphtérie est très délicate, et la plus sûre consiste dans les injections préventives. Celles-ci sont d'une parfaite innocuité, on n'observe à leur suite que des accidents légers, rares et fugaces.

L'immunisation est réalisée vingt-quatre heures après, sa durée est de vingt et un à vingt-huit jours; la dose habituelle est de 20 cc.

La sérothérapie est applicable aux adultes à doses plus fortes.

Elle doit être évitée chez les tuberculeux à cause des réactions qu'elle peut provoquer.

Chez les rougeoleux, qui sont réfractaires à l'action du sérum, l'injection préventive nécessite une dose plus forte, et doit être renouvelée tous les quinze jours.

Cette méthode est indiquée en temps d'épidémie, dans les milieux hospitaliers, dans les agglomérations d'enfants, et surtout dans les familles pauvres à la campagne où l'examen bactériologique ne peut toujours se faire.

La zomothérapie dans la tuberculose pulmonaire chez les enfants, procédé de Richet-Héricourt. M. RAISONNIER (*Thèse de Paris*, 1902, n° 374).

Le nombre de mémoires et de documents sur le traitement de la tuberculose par la viande crue est très restreint.

Certes toute médication antituberculeuse peut revendiquer des guérisons, mais toutes échouent fatalement, contre la tuberculose à haute virulence, inoculée dans le laboratoire.

Une seule médication a pu arrêter cette évolution fatale de la

tuberculose expérimentale. C'est celle qui consiste en l'absorption de viande crue.

Le plasma musculaire possède les mêmes propriétés que celle-ci; la zomothérapie n'est pas une suralimentation, mais une véritable médication, et l'alimentation doit être faite en même temps par les purées de pois, de lentilles, pomme de terre et le riz.

Cette méthode n'est curative qu'à hautes doses, fixées par l'expérimentation.

Elle peut être appliquée aux sujets prédisposés à la tuberculose.

La meilleure façon de prendre le sérum musculaire est de le mélanger aux purées, car la couleur et le goût en sont masqués.

La durée du traitement est indéterminée, mais il doit être continué pendant longtemps, six mois après les symptômes alarmants disparus, et repris quelques semaines, toutes les fois que l'équilibre de la santé paraîtra rompu.

Lait stérilisé et rachitisme. M. Vieubled (*Thèse de Paris*, 1902, nº 338).

Un enfant sain, convenablement élevé avec du bon lait stérilisé ne devient pas rachitique.

Un enfant au sein, mais suralimenté deviendra rachitique.

De même un enfant élevé au lait stérilisé, mais suralimenté précocement par des aliments solides, le deviendra.

Voici un tableau des graduations des tétées proposé par M. Variot :

1re semaine............	30	gr. par tétée.
2e »	45	»
3e »	60	»
4e à 8e »	75 à 90	»
2e mois	100	»
3e »	120	»
4e 5e 6e »	135 à 160	»
7e à 12e »	180 à 200	»

Les doses de lait de ce tableau conviennent à des enfants normaux, mais les nourrissons débiles ou prématurés recevront des doses différentes fixées par le médecin.

La médecine infantile chez les Grecs et les Romains.

M. SÉGUIN (*Thèse de Paris*, 1902, n° 337).

« Tout pour la médecine occidentale, dit Darenberg, procède de la Grèce, comme d'une source inépuisable »; et c'est d'Hippocrate, le « père de la médecine », que semble partir ce grand courant qui est parvenu jusqu'à nous.

Pourtant Hippocrate eut des devanciers et, bien avant lui, les Grecs avaient un art médical et des médecins.

Cependant l'étude de la médecine infantile est déjà très avancée dans l'œuvre d'Hippocrate, ses successeurs n'ont fait que développer les idées du maître. Celse, Soranus d'Ephèse et Galien nous fournissent, au sujet de l'hygiène et de la pathologie de l'enfance, des renseignements précieux.

A côté d'importantes inexactitudes, dues surtout à l'application de théories erronées, nous trouvons dans l'œuvre des médecins de l'antiquité d'excellentes observations cliniques et des méthodes de traitement qui n'ont pas été renversées par la science nouvelle.

TABLE DES MATIÈRES

DU TOME CXLV

A

B

I

J

K

M

N

O

P

Q

R

S

T

Le Gérant : O. DOIN.

Imp. F. Levé, 17, rue Cassette. — Paris-6e